

①

企業健康診断申込票

この度は、健康診断のお申し込み誠に有り難うございます。
御社の健診ご希望日がございましたら下記の欄にご記入の上、FAX または 郵送にてお申し込みください。

		施設マスタNo.
①事業所名		②支店名(営業所名)
所在地 〒 —		所在地 〒 —
電話番号		電話番号
FAX番号		FAX番号
ご担当者名		ご担当者名

お支払い方法・郵送先について ※下記の項目をいずれか○で囲ってください
少人数は各自当日支払いをお願いします。

お支払い方法 (どちらかに統一下さい)	各自当日支払い	・	受診後御社へ一括請求する
請求書郵送先	① 事業所	・	② 支店
案内郵送先	① 事業所	・	② 支店
本人用 結果郵送先	① 事業所	・	② 支店
会社控 結果郵送先	① 事業所	・	② 支店 ・ 控え不要

※会社控を希望する場合は、ご本人様の承諾が必要です。

※当院所定の用紙のみでの結果発行となります。

医療法人徳洲会 岸和田徳洲会病院
健康管理センター

〒596-8522

岸和田市加守町4-27-1

TEL 072-445-9908

FAX 072-445-9975

②

施設マスタ	
-------	--

企業健康診断受診リスト

御社名 _____

NO. _____

人数	希望日	ID番号	氏名 (フリガナ)	男・女	生年月日	コース	オプション
例	4/1	003-1234567	キシワダ タロウ 岸和田 太郎	男・女	S/H 52・5・1	企業B	便潜血
1	/			男・女	S/H		
2	/			男・女	S/H		
3	/			男・女	S/H		
4	/			男・女	S/H		
5	/			男・女	S/H		
6	/			男・女	S/H		
7	/			男・女	S/H		
8	/			男・女	S/H		
9	/			男・女	S/H		
10	/			男・女	S/H		
11	/			男・女	S/H		
12	/			男・女	S/H		
13	/			男・女	S/H		
14	/			男・女	S/H		
15	/			男・女	S/H		