

# 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。  
健康診断ご希望日を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	

お支払方法・郵送先 ※下記の項目をいずれかで○で囲ってください。  
少人数は各自当日支払でお願いします。

お支払方法	各自当日支払い	・	受診後御社へ一括請求する
各オプション料金	各自当日支払い	・	受診後御社へ一括請求する
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
請求書 郵送先	① 事業所	・	② 支店

※ 会社様控をご希望の場合は、ご本様の承諾が必要です。

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