

①

企業健康診断申込票

2019年4月1日改定

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をお願いします。

お支払方法 (どちらかに統一で お願いいたします)	各自当日支払い		受診後御社へ一括請求する	
	① 事業所	② 支店	① 事業所	② 支店
案内郵送先	○	○		
本人用 結果郵送先	○	○		
会社控 結果郵送先	○	○		控え不要
請求書 郵送先	○	○		

※ 会社様控をご希望の場合は、ご本人様の承諾が必要です。

別紙御社所定の用紙に記入が必要な場合、
事前の申し込みが必要です。様式も一枚FAXして下さい。(1枚につき1,000円税別)

別紙記入用紙	① あり
--------	------

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