

①

企業健康診断申込票(2025年度)

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。

①、②をあわせてFAXまたは、郵送にてお申し込みください。

※太枠内をご記入下さい。

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 ※下記の項目をいずれか○で囲ってください

**少人数でのお申し込みは各自当日支払いでお願いします。**

お支払い方法 (オプション含めどちらかに 統一をお願いします)	各自当日支払い	・	受診後御社へ請求書送付 (①事業所へ送付 ・ ②支店へ送付)
案内・本人用結果郵送先	① 事業所	・	② 支店
会社控え	不要	・	必要 (ご本人の承諾の上でご希望ください) (①事業所へ送付 ・ ②支店へ送付)

※請求書、会社控え希望の場合は全員終了後に一括してお送りします。

会社控えは企業健診分のみでオプション分の発行はいたしません。

※受診当日に項目キャンセルされた場合は料金変更致しません。予めご了承下さい。

受診当日、無連絡でキャンセルとなった場合も後日金額を請求させて頂く場合がございます。

※キャンセルは必ず事前にご連絡ください。

※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 (お問い合わせは13:00~16:30の間に

FAX 072-445-9975

お願いします)

②

(2025年度)

施設マスタ	
-------	--

企業健康診断受診リスト

御社名

※希望日は2日間以上、1カ月以上先でご記入ください。

	希望日	ID番号(当院記入)	氏名(フリガナ)	男・女	生年月日 (西暦)	コース	オプション
例	4/1 4/5		キシワダ タロウ 岸和田 太郎	男・女	19〇〇・1・1	企業B	便潜血
1	/			男・女			
2	/			男・女			
3	/			男・女			
4	/			男・女			
5	/			男・女			
6	/			男・女			
7	/			男・女			
8	/			男・女			
9	/			男・女			
10	/			男・女			
11	/			男・女			
12	/			男・女			
13	/			男・女			
14	/			男・女			
15	/			男・女			