

①

企業健康診断申込票(2022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 統一でお願いします)	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

※会社控えを希望する場合は、ご本人様の承諾が必要です。
※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。
※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。

※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の間をお願いします)
FAX 072-445-9975

②

(2022年度)

施設マスタ

企業健康診断受診リスト

御社名

	希望日	ID番号(当院記入)	氏名(フリガナ)	男・女	生年月日	コース	オプション
例	4/1		キシワダ タロウ	男・女	(西暦)		
	4/5		岸和田 太郎	男・女	1900・1・1	企業B	便潜血
1	/			男・女			
	/			男・女			
2	/			男・女			
	/			男・女			
3	/			男・女			
	/			男・女			
4	/			男・女			
	/			男・女			
5	/			男・女			
	/			男・女			
6	/			男・女			
	/			男・女			
7	/			男・女			
	/			男・女			
8	/			男・女			
	/			男・女			
9	/			男・女			
	/			男・女			
10	/			男・女			
	/			男・女			
11	/			男・女			
	/			男・女			
12	/			男・女			
	/			男・女			
13	/			男・女			
	/			男・女			
14	/			男・女			
	/			男・女			
15	/			男・女			
	/			男・女			