

法定健診 受診申込書

事業所名称		ご担当者名		TEL番号	
住所	〒			FAX番号	

支払方法	①本人支払	②後日企業請求	送付先	問診票 ①事業所 ②ご自宅 ③その他	〔 〕
	③その他〔 〕			結果 ①事業所 ②ご自宅 ③その他	

フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯優先)	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女		〒		法定健診1 法定健診2 法定健診3		
追加オプション検査							
フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯優先)	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女		〒		法定健診1 法定健診2 法定健診3		
追加オプション検査							
フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯優先)	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女		〒		法定健診1 法定健診2 法定健診3		
追加オプション検査							
フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯優先)	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女		〒		法定健診1 法定健診2 法定健診3		
追加オプション検査							
フリガナ 氏名	性別	生年月日	住所	電話番号(携帯優先)	ご希望コース	第1希望日	第2希望日
	男 ・ 女		〒		法定健診1 法定健診2 法定健診3		
追加オプション検査							

【注意事項】 FAX送信前に当センターへご連絡の上、健診内容・詳細・空き状況等をご確認いただいた後に、本紙をご返送願います。

札幌徳洲会病院 健康管理センター
 TEL : 011-890-1620 (直通)
 FAX : 011-890-1645 (直通)