

★お電話にてご予約後、下記内容をはっきりとご記入いただき、FAXにてご送付下さい

事業所名または氏名		ご担当者様の氏名、連絡先	
		( ) -	
住所	〒	-	



お支払いはクレジット払いまたはお振込にてお願い致します  
現金のお取り扱いには致しませんのでご注意下さい

健康診断コース料金表をご確認の上、ご記入下さい

健康診断を受ける方の氏名・フリガナ		性別	生年月日	当院個人番号または診察券番号				健診コース	ご予約日	オプション、特殊健診等
		男	西暦 年 月 日					協会けんぽ ・ 入社 定期Ⅰ - 定期Ⅱ - 定期Ⅲ	月 日 ( ) 午前 時 分 午後 時 分	
		女	西暦 年 月 日					協会けんぽ ・ 入社 定期Ⅰ - 定期Ⅱ - 定期Ⅲ	月 日 ( ) 午前 時 分 午後 時 分	
		男	西暦 年 月 日					協会けんぽ ・ 入社 定期Ⅰ - 定期Ⅱ - 定期Ⅲ	月 日 ( ) 午前 時 分 午後 時 分	
		女	西暦 年 月 日					協会けんぽ ・ 入社 定期Ⅰ - 定期Ⅱ - 定期Ⅲ	月 日 ( ) 午前 時 分 午後 時 分	
		男	西暦 年 月 日					協会けんぽ ・ 入社 定期Ⅰ - 定期Ⅱ - 定期Ⅲ	月 日 ( ) 午前 時 分 午後 時 分	
		女	西暦 年 月 日					協会けんぽ ・ 入社 定期Ⅰ - 定期Ⅱ - 定期Ⅲ	月 日 ( ) 午前 時 分 午後 時 分	

その他、お伝えいただく事がございましたらご記入下さい

領収書は会社名\*\*\*\*で発行 等

**特殊健診**

騒音 ・ じん肺 ・ コールタール ・ 有機溶剤 等をご記入下さい

**なお、有機溶剤は溶剤名も必ずご記入下さい**