

＜企業健診申込書＞

下記の用紙に必要事項を記載の上、FAXにてお申し込み下さい。

FAX 0155-58-3314
十勝ヘルスケアクリニック
〒080-0057 帯広市柏林台中町1丁目1番地1
TEL 0155-58-3311

申込日 年 月 日

会社名		担当課		ご担当者	
会社住所	〒	連絡先	TEL		
			FAX		

健診種別の欄の該当する健診に を記入、受診人数をご記入下さい。

オプション検査を希望する場合は、追加項目欄にご記入下さい。

健診種別	料金	受診人数	対象者	健診項目
<input type="checkbox"/> Aコース	4,400円		34歳以下及び36歳から39歳の方	医師診察・問診・身長・体重・腹囲・血圧 尿検査・視力・聴力
<input type="checkbox"/> Bコース	5,500円		20歳、25歳、30歳の方	医師診察・問診・身長・体重・腹囲・血圧 尿検査・視力・聴力・胸部X線
<input type="checkbox"/> Cコース	8,800円		雇入れの方 35歳、40歳以上の方	医師診察・問診・身長・体重・腹囲・血圧 尿検査・視力・聴力・胸部X線・心電図・採血
オプション				

採血・・・貧血・肝機能・血中脂質・血糖検査

※貴社への結果報告については、法定外項目を含め、受診者の同意を得たものと判断致します。

【確認事項】 該当に を記入、または必要事項を記載して下さい。

支払い方法	<input type="checkbox"/> 窓口にて支払	<input type="checkbox"/> 受診当日 <input type="checkbox"/> 全員終了後	
	<input type="checkbox"/> 会社へ請求	請求書郵送時期	<input type="checkbox"/> 全員終了後 <input type="checkbox"/> 月末締翌月初
	請求書送付先	〒	
	<input type="checkbox"/> 上記住所		
	<input type="checkbox"/> 上記住所以外		

別紙の予約者名簿もご記入のうえ、FAXをお願い致します。