

健康診断 受診申し込み
 当院担当 () 宛

下の各欄に、正しくご記入の上、Fax(820-1255) あてに送信してください。
 特にお名前フリガナは、ご本人にも一度ご確認をお願い致します。

事業所名		御社 ご担当		電話	-	-
住所	〒			Fax	-	-
希望健診コース	・企業健診（定期健診（Ⅰ）¥3,240 ・ 定期健診（Ⅱ）¥6,480 ・ 人間ドック ¥32,400） ・その他（ ） ※複数名受診で希望コースが異なる場合は、オプションの欄にご記入ください ※協会けんぽ生活習慣病予防健診をご希望の場合 ・協会けんぽさんへの申込書を添付してください。下記氏名欄へのご記入は不要です。 ・胃がん健診も受ける場合はバリウムか胃カメラをお選び頂けます。備考欄にご希望内容を記入してください。どちらも希望しない場合は、「胃がん健診なし」とご記入ください。また、希望オプションがある場合も記入してください。 ・希望日があればご記入ください。「○月中の×曜日」「○月の第2週中」等、曖昧でも構いません。					
お支払方法	会社へ請求書を送付 ・ 当日支払 ・ その他（ ） ※「オプションだけ当日支払」等					
問診書等 発送先	会社 ・ 自宅 ・ その他（ ）					
結果 送先	会社 ・ 自宅 ・ その他（ ）					

※希望日は「○月中の×曜日」「○月の第2週中」等、曖昧でも構いません

No	フリガナ 氏名 旧姓	性別	生年月日	オプション等	受診希望日
1		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
2		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
3		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
4		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
5		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
6		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
7		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
8		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
9		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後
10		男・女	T S H 年 月 日		月 日 ・午前 ・午後

↑フリガナは正確にお願いします！！

勤医協 札幌病院 健診課

TEL 011-820-1254

Fax 011-820-1255