

# 企業用仮申込書

フリガナ			
事業所名			
所在地	〒		
電話番号		担当者名	

受診希望日	月 日 ( ) ~ 月 日 ( )	男性 名	女性 名	合計 名
健診コース・人数	名	名	名	名
健診コース・人数	名	名	名	名
健診コース・人数	名	名	名	名
健診コース・人数	名	名	名	名

結果送付先	① 〒		
	・送付先名	・担当者名	・TEL
	② 〒		
	・送付先名	・担当者名	・TEL
結果・請求送付詳細をご記入ください			

ご希望のお支払い方法に <input checked="" type="checkbox"/> を入れて下さい。	
受診当日現金窓口払い <input type="checkbox"/>	クレジットカード払い <input type="checkbox"/>
振り込み払い <input type="checkbox"/>	
請求書送付先	〒
事業所名	
電話番号	担当者名

<b>注意事項</b>
※ご予約は月曜日～土曜日の午前中の予約制となり、 <b>毎週火曜日はレディースデイ</b> の為女性のみのご予約となります。
※仮申込書のFAX確認後に記載電話番号に、ご連絡させていただき受診日を決定致します。
※指定結果記入用紙・検査項目用紙がありましたら、必ず仮申込書と一緒にFAXして下さい。

<b>備考欄</b>

**周行会健診クリニック**  
 FAX 022-221-5676  
 E-mail kenshin@shukokai.or.jp