## 企業用仮申込書

					/K / 13	104	~	•			
	フリガナ										
	事業所名		_								
	所 在 地		Ŧ								
電 話 番 号							担当者名				
希望受診期間											
	月 日	(	) ~	月	日 (	)	男性	名 / 女性	名(計	名)	
	健診コース/	人数					/	名(男性	名・女性	名)	
	健診コース/	人数					/	名(男性	名・女性	名)	
	健診コース/	人数					/	名(男性	名・女性	名)	
	健診コース/	人数					/	名(男性	名・女性	名)	
<u> </u>											
問 診 票/検 査 容 器・健 診 結 果 送 付 先											
<b>□</b>   □											
住所											
送付先名								担当者名			
会社用控え			必要 / 不要								
お支払方法											
	窓口払い 領収書宛名 ( )										
	振込払い	*	※月締め請求となります。								
			請求書送付先								
			事業所名								
			電話番号	<u> </u>			担	当者名			
		1		<u> </u>			<u> </u>				
注意事項											
-									- 1,10 3,75,76		
※ 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、受診日を決定いたします。 ※ 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。											
A JEACHEAN CHARA TR. E. R. ETHARAR GOT SOURCE, A. T. D. T. M. E. M. C. L. C. V. O.											
備考欄											

一般財団法人 周行会上杉クリニック 健診センター TEL 022-221-5668 FAX 022-221-5676 E-mail: kenshin@shukokai.or.jp