企業用仮申込書

					/IC / 13	124		•			
	フリガナ										
	事業所名										
	所 在 地		T								
電話番号							担当者名				
希望受診期間											
	月 日	() ~	月	目 ()	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											
 											
住所住所											
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。								
		i	請求書送付先								
		-	事業所名	,							
		,	電 話 番 号	-			担	当者名			
				1			l .	L			
注意事項											
※ ご予約は月曜日~土曜日の午前中の予約制となり、毎週火曜日はレディースデイ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。											
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