

健康診断申込書

(自費受診用)



事業所名称： _____

ご担当者様名： _____

ご連絡先： _____

事業所住所	〒 -	
受診票・検査キット送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 受診者自宅 <small>(※下記リストに自宅住所をご記入ください)</small>	請求書払いに関して、ご指定がある場合はこちらへご記入ください 例：オプションは窓口精算etc
お支払方法	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払い <input type="checkbox"/> 後日、請求書にてお振込み <small>(※右記をご確認ください)</small>	

氏名	フリガナ	性別	生年月日	自宅住所	健診コース (希望コースの欄に○を記載)					受診日	受診時間	備考
					人間ドック	ミセスドック	すこやかドック	生活習慣病健診	定期健診			
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	
			/ /	〒 -						/ /	:	

申込書は FAX又はメールにて新宿健診プラザへ送信をおねがいします

FAX : 03-3204-5018 MAIL : yoyaku-shinjuku@nikkenkyo.or.jp