

<企業様用>

**\* 定期健康診断 申し込み用紙 \***

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名 (担当者連絡先)	

**【受診者名簿】**

検査日	氏名	フリガナ	生年月日	性別	希望検査	希望時間
(例) 5/1	高橋 医院	タカハシ イイン	19701225	男	B	1
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		
				男 女		

★お支払いに関して (別紙：健診のお支払い方法についてを確認し、記載をお願い致します)

領収書宛名	
支払い方法	当日精算・事業所一括振り込み (どちらかを選択して頂き不要な方は削除願いま)

- \* 事前に予約が必要になります。この用紙に記入の上、返信をお願い致します。
- \* ご希望の日程に添えない場合もございます。ご了承ください。
- \* ご不明な点がございましたらご連絡下さい。

医療法人 高橋医院  
電話：0533-86-2507 FAX：0533-89-1226  
mail：takahashi.iin4114@gmail.com