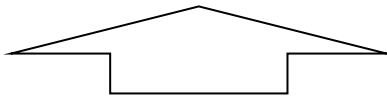


FAX送信先 済生会西条病院
 検診センター



0897-55-5241

健康診断の申込書 企業向け

企業名								
請求書送付先		〒 -						
TEL番号		- -		FAX番号		- -		
ご担当者氏名		送付先	結果原本 ⇒ (会社 ・ 受診者自宅)					
			結果北 ^レ ⇒ (会社へ送付希望 ・ 不要)					
連絡事項があればご記入ください。		結果原本、結果北 ^レ を会社へ希望とした場合、送付先は請求書と同じ住所となります。						
健診の種類 オプションなど		フリガナ 氏名 (男・女)		生年月日		希望日 第1希望日 第2希望日		決定日
記入例	定期健診③	サイジョウ タロウ		(S・H)		希望日		
	胸部XPなし	西条 太郎 (男・女)		30年△月×日		4月5日	4月6日	
検診者の住所		〒790-00×× 西条市〇〇町△△△番地-6			TEL	0897-12-×〇△□		
				(S・H)		希望日		
		(男・女)		年 月 日				
住所		〒 -			TEL	- -		
				(S・H)		希望日		
		(男・女)		年 月 日				
住所		〒 -			TEL	- -		
				(S・H)		希望日		
		(男・女)		年 月 日				
住所		〒 -			TEL	- -		
				(S・H)		希望日		
		(男・女)		年 月 日				
住所		〒 -			TEL	- -		
				(S・H)		希望日		
		(男・女)		年 月 日				
住所		〒 -			TEL	- -		