村上総合病院健診センター宛　　FAX 0254-50-0014

事業所コード		ID	オーダ	案内

下記より太枠内にご記入願います　**※FAX受理後、健診センターよりご連絡致します**

※このお申込みにより予約が確定されるものではありません

事業所健診仮予約申込書（事業所様用）

ふりがな 事業所名		電話番号	
住所		FAX	
メールアドレス		担当者名	

◇お申込み人数

男性	Aコース	名	Bコース	名
女性	Aコース	名	Bコース	名

※Aコース・・・労働安全衛生法に基づく定期健康健診

※Bコース・・・Aコースより腹囲測定、心電図、血液検査を省いた内容です

◇ご希望月

ご希望月	月	全員別日希望　・ 1日の受診希望人数（　　）名 その他ご希望（　　）

◇送付先

※原則以下のようにさせていただきますが、異なる住所へ送付をご希望の場合は各欄右側へご記入ください。またR7年度より受診者様用の結果は、ご自宅へ郵送とさせていただきます。

健診案内送付先	会社（上記住所）
健診結果送付先	受診者様ご自宅
請求書・会社用結果送付先	会社（上記住所）
その他（ご要望がございましたらお書きください）	

※お支払い方法は請求書払いですが、オプションについては当日窓口払いとなっております。