

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 ※上記住所と異なる住所への送付を希望する場合は下記にご記入下さい

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

※オプションについては窓口払いとなっております。