

事業所コード	ID	オーダ	案内

令和8年度

事業所健診仮予約申込書(事業所様用)

以下をご記入いただき、FAXまたはメールでお送りください。受理後健診センターよりご連絡いたします。
なお、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。

1.事業所様情報 ご記入ください

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	

2.お申込み人数・ご希望月 太枠に人数・ご希望月を記入ください

Aコース(税込8,800円)	名
Bコース(税込3,740円)	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

※健診項目は、当院ホームページ内の「人間ドック・健康診断・検診」にも掲載しております

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()
------	---	-------------------------------------

3.送付先

原則以下のようにさせていただきます。
異なる住所へ送付を希望の場合は各欄右側へ記入ください。

健診案内送付先	事業所(上記住所)
健診結果送付先	受診者様ご自宅
請求書・事業所結果送付先	事業所(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とさせていただきますが、オプションは当日窓口払いでお願いいたします