

健康診断依頼書

会社名

同愛会 鈴木医院

住所

〒410-1118 裾野市佐野 1471-1

TEL :

TEL 055-993-0430

FAX :

FAX 055-993-1645

●受信者様情報

健診希望日	氏名	フリガナ	性別	年齢	生年月日	希望コース (別紙参照)
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B
						A ・ B

あてはまるものに○つけ、またはご記入ください

●健診指定用紙の有無 (有 ・ 無)

●健診料金のお支払方法

1. ご本人様支払いの場合は、健診日に窓口支払いのみ → 結果票は会社へ送付します
2. 会社支払いで、健診日に窓口一括支払い → 結果票は会社へ送付します
3. 会社支払いで、後日一括振込み → 結果票と請求書を会社へ送付します
4. 会社支払いで、結果票と引き換えに窓口一括支払い

●健診結果送付先

※上記支払い方法で 1. 2. 3. に○をつけた場合にご記入ください

〒

住所

会社名

TEL :

FAX :

担当の方のお名前

●個人配布用結果報告書の有無 (有 ・ 無)

●その他伝達事項