

健診御担当者 様

岩国みなみ病院 健診部
岩国市南岩国町2丁目77-23
TEL/FAX 0827-32-4300
*火・土曜日の午後は休診

この度は、健康診断のお申し込みを頂き誠にありがとうございます。

企業健康は、2名様より下記の曜日と時間でお受けしております。

(尚、健診コース24及び25につきましてはこの限りではありません)

①月曜日 14時00分～15時15分 15分毎 6名様

②金曜日 14時00分～15時15分 15分毎 6名様

企業健診申込書の太枠内をご記入の上、FAXにて送信お願い致します。

健診日時が決まりましたら、当院よりFAXにて返信致します。

尚、健診当日は状況によりお待たせする事もございますがご了承下さい。

ご不明な点がございましたらご連絡下さいませ。

企業健診申込書

申込年月日 年 月 日

フリガナ			フリガナ	
企業名			担当者	<input type="checkbox"/>
企業住所	〒 -			
電話	TEL () -		FAX () -	
健診コース	別紙健診コース表よりお選びいただき、健診コース欄に記入して下さい			
案内(物品)送付先	企業住所・その他(店名 〒 -		TEL)
結果送付先	企業住所・その他(店名 〒 -		TEL)
結果部数	2部	結果が2部必要な場合は、○をして下さい。箇、送付先は同一とさせていただきます。		
お支払い方法	本人窓口払い・会社請求			
請求書送付先	企業住所・その他(店名 〒 -		TEL)

フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望日	健診 コース	決定日時 [当院処理欄]
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分
	男女	S ・ H 年 月 日	/		月 日 時 分

岩国みなみ病院 健診部
TEL/FAX 0827-32-4300

【当院処理欄】

FAX送信	検査予約	物品送付
予約入力	請求書送付	

フリガナ 氏名	性別	生年月日	希望日	健診コース	決定日時 [当院処理欄]
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分
	男 女	S・H 年 月 日	／		月 日 時 分