

健康診断 受診申し込み
 当院担当 () 宛

下の各欄に、正しくご記入の上、Fax(762-1835) あてに送信してください。
 特にお名前フリガナは、ご本人にも一度ご確認をお願い致します。

事業所名		御社 ご担当		電話	-	-	
住所 (結果郵送先)	〒				Fax	-	-
希望健診 コース	定期健診 ¥7,700 雇用時健診 ¥9,900 ※複数名受診で希望コースが異なる場合は、下記コースの欄にご記入ください ※問診票はホームページからダウンロード出来ます。全てご記入の上当日お持ちください。						
お支払方法	会社へ請求書を送付 ・ 当日支払 ・ その他 ()						
問診書等 発送先	会社 ・ 自宅 ・ その他 ()						
結果 送先	会社 ・ 自宅 ・ その他 ()						

※希望日は「○月中の×曜日」「○月の第2週中」等、曖昧でも構いません

No	フリガナ 氏名	旧姓	性別	生年月日	住所・電話番号	コース	希望日
1			男・女	T S H	〒 (- -)		
2			男・女	T S H	〒 (- -)		
3			男・女	T S H	〒 (- -)		
4			男・女	T S H	〒 (- -)		
5			男・女	T S H	〒 (- -)		
6			男・女	T S H	〒 (- -)		
7			男・女	T S H	〒 (- -)		
8			男・女	T S H	〒 (- -)		
9			男・女	T S H	〒 (- -)		
10			男・女	T S H	〒 (- -)		

↑フリガナは正確にお願いします！！

勤医協札幌北区ほむらクリニック

TEL 011-762-8811

Fax 011-762-1835