

企業健診 ご担当者様へ

1. 健診実施時間は午前10～11時、午後15～16時となります。(各2～3名まで)
2. 「受診者名簿」にご希望の健康診断の内容と、日時の第一希望、第二希望をご記入ください。
3. 「企業健康診断申込書」と「受診者名簿」を FAX にて送信ください。ご予約日が確定次第、折り返し当方よりご連絡いたします。
4. ご希望日直前のお申込みはご希望に添えない場合もございます。お早めにお申し込み頂けますようお願いいたします。
5. 「健康診断を受けられる方へ」と「健康診断問診表」をお手数ですがコピー頂き、健診を受けられる方へお渡しください。
6. 健康診断受診までに「健康診断問診表」へ記載いただき、当日受診の際にご持参いただけますようお願い申し上げます。
7. 健康診断結果と請求書は概ね1か月以内一括で郵送となります。お急ぎ等ご希望があればその旨お伝えください。また結果の個人様宛への郵送は致しかねます。
8. ご予約のキャンセル・ご変更等ございました際には必ずご連絡をお願いいたします。

■ 健診内容

健診内容に関しましては別紙企業検診一覧表をご参照ください

■ オプションに関しまして

お申し込みの際に、企業健診一覧表を参照され、希望されますオプションをご指示ください

■お問い合わせ・ご連絡に関しまして・・・■

お電話でのお問い合わせ、ご連絡に関しましては

平日10時～12時、15時～16時までの間をお願いいたします。

※都合によりこの時間内でも折り返しでの対応とさせていただきます。何卒ご了承くださいませ。

おおはた内科循環器クリニック

苫小牧市三光町1丁目2-11

TEL0144-38-8500/FAX0144-38-8501

企業健診申込書

FAX:0144-38-8501

おおはた内科循環器クリニック

■ 企業様名(／支店名)

■ 当クリニックご利用回数 (該当箇所に✓をご記載ください)

初回 複数回利用

■ 健診結果表 必要部数 (該当箇所に✓をご記載ください)

企業保管用のコピー (要 ・ 不要)

■ 健診結果送付先ご住所

〒 _____

■ 健診費用のお支払方法(該当箇所に✓をご記載ください)

請求書(※下記に送付先ご住所の記載をお願いいたします)

当日 窓口にて現金でのお支払い(※領収書の宛名: 受診者宛 ・ 企業宛)

その他(_____)

■ 請求書送付先ご住所(健診結果と同じ場合は同上とご記載ください)

〒 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

ご担当者様名(部署／お名前) _____

■ 連絡事項

※次ページの名簿記載をお願いいたします。頂いた情報はカルテ・問診票作成のためだけに使用いたします

健康診断申込書【受診者名簿】

卒業所名		電話番号	FAX番号		総受診者数		人		
所在地		ご担当者名							
氏名	フリガナ	生年月日	性別	健診コース	オプション	第1希望日	時間	第2希望日	時間
1		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
2		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
3		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
4		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
5		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
6		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
7		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
8		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
9		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
10		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
11		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
12		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
13		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
14		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM
15		S・H 年 月 日	男・女	A・B・C		月 日	AM/PM	月 日	AM/PM

おおはた内科循環器クリニック

FAX 0144-38-8501