

事業者向け 健康診断 申込み用紙

事業者の方は下記を記入後、窓口へ直接提出していただくか、FAXにて送付お申込みください。

既に当院で健診をしていただいている事業所であれば、電話にて必要事項をお知らせしていただければ、申し込み可能です。

ご不明な点がございましたら、お気軽にお申し付けください。

必要事項

事業者名 :

担当者名 :

住所 :

TEL :

申し込み人数 : 40歳以上()人
40歳以下()人

結果通知方法 : 窓口受渡し ・ 郵送 (送料別途)

お支払い方法 : 窓口 ・ 銀行振込み(住信 SBI ネット銀行)

希望受診期間 : 年 月 日 ~ 月 日 まで

医療法人社団テレサ 堅田医院

TEL : 078-871-6078

FAX : 078-881-0379