

事業者向け 健康診断 申し込み用紙

事業者の方は下記に必要事項を記入して申し込みください。

窓口で直接提出していただくか、F a x にて送付してください。

これまでに検診を申し込まれていただいた事業所であれば、電話にて必要事項をお知らせしていただければ、申し込みは可能です。

事業者名 ：

担当者名 ：

住所 ：

電話番号 ：

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

お支払い方法 ： 窓口支払い ・ 銀行振り込み

希望受診期間 ： _____年__月__日 ~ _____月__日まで

ご不明な点がございましたら、ご連絡ください。

医療法人社団テレサ 堅田医院 TEL 078-871-6078 FAX 078-881-0379