

<企業健診申込書>

下記の用紙に必要事項を記載の上、FAXにてお申し込み下さい。

FAX 0155-58-3314

十勝ヘルスケアクリニック

〒080-0057 帯広市柏林台中町1丁目1番地1

TEL 0155-58-3311

申込日 年 月 日

会社名		担当課		ご担当者	
会社住所	〒	連絡先	TEL		
			FAX		

健診種別の欄の該当する健診に ☒ を記入、受診人数をご記入下さい。

オプション検査を希望する場合は、追加項目欄にご記入下さい。

健診種別	料金	受診人数	対象者	健診項目
☐ Aコース	3,300円		34歳以下及び36歳から39歳の方	医師診察・問診・身長・体重・腹囲・血圧 尿検査・視力・聴力
☐ Bコース	4,400円		20歳、25歳、30歳の方	医師診察・問診・身長・体重・腹囲・血圧 尿検査・視力・聴力・胸部X線
☐ Cコース	6,600円		雇い入れの方 35歳、40歳以上の方	医師診察・問診・身長・体重・腹囲・血圧 尿検査・視力・聴力・胸部X線・心電図・採血
オプション				

採血・・・貧血・肝機能・血中脂質・血糖検査

※貴社への結果報告については、法定外項目を含め、受診者の同意を得たものと判断致します。

【確認事項】 該当に ☒ を記入、または必要事項を記載して下さい。

支払い方法	☐ 窓口にて支払	☐ 受診当日 ☐ 全員終了後	
	☐ 会社へ請求	請求書郵送時期	☐ 全員終了後 ☐ 月末締翌月初
	請求書送付先	〒	
	☐ 上記住所 ☐ 上記住所以外		

別紙の予約者名簿もご記入のうえ、FAXをお願い致します。

会社名：
ご担当者：

健診予約者名簿

 健診コースに含まれていない検査項目は、オプションとして追加できますのでご記入ください。（オプション追加料金がかかります。）

	受診者氏名	フリガナ	性別	生年月日	年齢	受診希望日	時間帯	健診コース	検査希望項目 オプション	金額
例)	十勝 太郎	十勝 タロウ	男・女	1983.10.10	37	5/5	15時頃	A・B・C	頸動脈エコー	3,300
1			男・女			/	時頃	A・B・C		
2			男・女			/	時頃	A・B・C		
3			男・女			/	時頃	A・B・C		
4			男・女			/	時頃	A・B・C		
5			男・女			/	時頃	A・B・C		
6			男・女			/	時頃	A・B・C		
7			男・女			/	時頃	A・B・C		
8			男・女			/	時頃	A・B・C		
9			男・女			/	時頃	A・B・C		
10			男・女			/	時頃	A・B・C		
11			男・女			/	時頃	A・B・C		
12			男・女			/	時頃	A・B・C		
13			男・女			/	時頃	A・B・C		
14			男・女			/	時頃	A・B・C		
15			男・女			/	時頃	A・B・C		
									合計金額：	

十勝ヘルスケアクリニック 

F A X : 0155-58-3314

T E L : 0155-58-3311