**島田市立総合医療センター　事業所健診申込書①**

必要事項を記入して事業所健診申込書②と一緒にFAX送信してください。

島田市立総合医療センター　健診センター　行き（Ｆａｘ：0547－35－1608）

貴事業所名：

貴事業所住所：

貴事業所連絡先：TEL　　　　　　　　FAX

貴担当者様名：

以下について希望する□にレ点をつけてください。

1. 希望する健診コース

　□事業所健診A　　□事業所健診B　　□事業所健診Ｃ

1. 案内送付先　　　　　□会社　　・　　□自宅
2. 結果送付先　　　　　□会社　　・　　□自宅
3. 健診結果会社控え　　□必要　　・　　□不要

※会社様控え分の料金は1部150円となります

1. 請求書送付先が上記貴事業所住所と違う場合はご記入ください

**→**請求書送付先住所：