

市立島田市民病院 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。

市立島田市民病院 健診センター 行き (F a x : 0547-35-1608)

貴事業所名 : _____

貴事業所連絡先 : _____

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

②案内送付先 会社 ・ 自宅

③結果送付先 会社 ・ 自宅

④健診結果会社控え 必要 ・ 不要

⑤請求書送付先住所をご記入ください

→ _____