

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

→ \_\_\_\_\_