**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（Ｆａｘ：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

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
4. 請求書送付先住所をご記入ください

**→**