

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 (F a x : 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

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

※会社様控え分の料金は1部150円となります

⑤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 : _____