

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。

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

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枚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 : 〒 _____