

健康診断申し込みFAX用紙

いわさきクリニック

FAX 06-6782-8791

健康診断実施期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日まで		
会社名			
連絡先番号			
連絡先FAX番号			
会社ご住所			
担当者様氏名			
健康診断 人数及び内容	合計 名	男性 名	女性 名
	A 人	B 人	C 人
	D 人	E 人	F 人
	G 人	オプション H 人 I 人	
その他 質問			
FAX 送信日時	月	日	時

健康診断申込書・受診者名簿

	ご記入日	平成	年	月	日
事業者名	ご担当者				
ご住所	FAX (必須)				
診断書の用紙	<input type="checkbox"/> 貴社の用紙に記入 <input type="checkbox"/> 当院作成の用紙に記入				TEL
診断書のお渡し	<input type="checkbox"/> 当院にて手渡し(月 日に受け取り希望)、 <input type="checkbox"/> 郵送 (□月末にまとめて郵送、□全員分でき次第郵送) ※ 診断書は、ご本人原本(1人分ずつ封筒に入れて封をします)と事業所用控えの計2枚をお渡します。				
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 銀行振り込み …当院より請求書をお送りします。(尚、振り込み手数料はお客様負担でお願いいたします。) 請求書は <input type="checkbox"/> 受診月の末日付けで発行、 <input type="checkbox"/> 全員の受診終了後速やかに発行 <input type="checkbox"/> 受診時に支払い…領収書は <input type="checkbox"/> 受診者名で発行、 <input type="checkbox"/> 事業所名で発行				
ご質問・ご要望などあれば、ご記入ください。					

< 受診者名簿 > **太枠内をご記入ください。**

ID	お名前	フリガナ	生年月日	年齢	性別	※受診コース	受診希望日
1			年 月 日	歳	男・女		月 日 午前・午後
2			年 月 日	歳	男・女		月 日 午前・午後
3			年 月 日	歳	男・女		月 日 午前・午後
4			年 月 日	歳	男・女		月 日 午前・午後
5			年 月 日	歳	男・女		月 日 午前・午後
6			年 月 日	歳	男・女		月 日 午前・午後

※ 受診コースには①～⑨のコースあるいはその他のコースとご記入ください。

< 受診者名簿 > 太枠内をご記入ください。

ID	お名前	フリガナ	生年月日	年齢	性別	受診コース	受診希望日
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後
			年 月 日	歳	男・女		月 日午前・午後

※ 受診コースには①～⑨のコースあるいはその他のコースとご記入ください。