健康診断申込書（事業所用）

申込日　　年　　月　　日

〒

TEL

住 所

FAX

事業所名

担当者名　　様

※請求宛名・送付先住所が異なる場合は下記に請求先をご記入願います。
また、指定の請求内訳等がある場合は別紙にてお知らせください。

（請求先）

〒

住所

宛名

TEL

【健診内容】

健診A 9,000円	身長・体重・視力・聴力・腹囲測定・血圧 貧血検査（血色素量・赤血球数）肝機能検査（ALT・AST・γ－GT） 血中脂質検査（LDLコレステロール・HDLコレステロール・血清トリグリセライド） 血糖検査（空腹時検査） 尿検査・胸部X線検査・心電図検査
健診B 5,000円	身長・体重・視力・聴力・腹囲測定・血圧 尿検査・胸部X線検査

※健診結果郵送時、別途送料500円かかります
お支払いは、窓口および口座振込（請求書到着後2週間以内）でお願い致します

備考（その他の追加項目等）

【健診受診者】

受診希望日		健診内容	フリガナ 氏　名	性別	生年月日
第1	第2				
		A・B		男・女	S・H
		A・B		男・女	S・H
		A・B		男・女	S・H
		A・B		男・女	S・H
		A・B		男・女	S・H

※折返し日時等のご連絡をさせて頂きます

お申込先　うのさわクリニック
〒270－0101
千葉県流山市東深井382－20
TEL　04－7153－8001
FAX　04－7153－8002