

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)

| | |
|----------|-----------|
| 〒 _____ | TEL _____ |
| 住所 _____ | |
| 宛名 _____ | |

【健診内容】

| | |
|--------------------|--|
| 健診A 9,900円(税込み) | 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 5,500円(税込み) | 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550円 (税込み) がかかります
 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) をお願い致します

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 | 性別 | 生年月日 |
|-------|----|------|------|-----|------|
| 第1 | 第2 | | 氏名 | | |
| | | 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いただきます

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