

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 12,100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（空腹時血糖・HbA1c） 尿検査・胸部X線検査・心電図検査
健診B 5,500円	身長・体重・視力・聴力・血圧 尿検査・胸部X線検査

【健診結果受取】 ☐ 来院受取 ☐ 郵送 ☒ をお願いします。

※健診結果郵送時、別途送料550円がかかります

【支払方法】 ☐ 窓口 ☐ 口座振込（請求書到着2週間以内） ☒ をお願いします。

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