

健康診断申込書（事業所用）

申込日

年 月 日

〒

住所

事業所名

TEL

FAX

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	身長・体重・視力・聴力・腹囲測定・血压
12,100円	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	身長・体重・視力・聴力・血压
5,500円	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 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