

## 健康診断申込書（企業様用）

お申込み年月日： 年 月 日

下記お申込用紙に必要事項を記載されご確認の上、FAXにてお申し込みください。  
後ほど、当院よりご連絡差し上げます。（火、木、祝祭日は休診です）

企業・事業所名	
住所・所在地	〒 TEL： FAX：
ご担当者様氏名	

㊦印をつけてください

事前書類送付先	<input type="radio"/> 事業所 <input type="radio"/> 各個人様の自宅 ※通常は上記事業所住所に一括送付いたします。
---------	-----------------------------------------------------------------------------------

お支払方法	<input type="radio"/> 請求書送付（ <input type="checkbox"/> ひと月分ごと <input type="checkbox"/> 全員分まとめて最後に） ※請求書は御社へ結果票と共にお送りいたします。
	<input type="radio"/> 受診者による当日支払い
	<input type="radio"/> その他ご希望がある場合（ ）

結果票送付先	<input type="radio"/> 事業所 <input type="radio"/> 各個人様の自宅
	<input type="radio"/> その他ご希望がある場合（ ）
	※通常は上記事業所住所に事業所用結果と個人用結果(封筒詰め)を一括送付いたします。

結果票送付時期	<input type="radio"/> 全員分が揃ってから <input type="radio"/> 月ごとに分けて
	<input type="radio"/> その他ご希望がある場合（ ）

健診項目	A：協会けんぽの生活習慣病予防健診(35歳以上の被保険者が対象です。) ※全国健康保険協会に提出する際の申込書コピーを当院へもお送りください。
	B：御社指定項目で実施（指定項目を申込書と一緒に送って下さい。）
	C：入社時・雇入れ健康診断(労働安全衛生規則43条)
	D：労働安全衛生法に基づく定期健康診断(労働安全衛生規則44条)
	E：当院メニュー・その他（ ）

備考	
----	--

## 医療法人康仁会 西岡病院 健診センター

＜休館日＞ 毎週火・木曜日、祝祭日 ☆土・日 平常診療

＜診療時間＞ 8：30～12：00 14：00～17：00

＜所在地＞ 〒799-0421 愛媛県四国中央市三島金子2丁目7-22

（代表） TEL：0896-24-5511 FAX：0896-23-0590

（健診センター直通） TEL&amp;FAX：0896-28-8110