

健康診断申込書（個人用）

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）

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日
住所	〒		
	TEL：	FAX：	
事業所名			

①印をつけてください

事前書類送付先	<input type="radio"/> 個人様の自宅（上記住所）
	<input type="radio"/> 事業所
	〒
TEL：	FAX：

お支払方法	<input type="radio"/> 個人様による当日支払い
	<input type="radio"/> 後日、事業所請求書送付（結果票と共にお送りします。）
	<input type="radio"/> その他ご希望がある場合（ ）

結果票送付先	<input type="radio"/> 個人様の自宅
	<input type="radio"/> 事業所
	<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（ ）

希望日	第一希望	年 月 日（ ）
	第二希望	年 月 日（ ）
※混雑時はご希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。		

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&FAX：0896-28-8110