

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。（水、日、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。) ※全国健康保険協会より送付されている対象者一覧表を当院へお送りください。
	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> 毎週水・日曜日、祝祭日 ☆土曜日 平常診療

<健診受付時間> 8：30～10：30 14：00～15：30

<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