

健 診 連 絡 表

(FAX 0984-44-0629)

R 7 年度

事業所名			
連絡担当者	様		
住 所	〒		
TEL / FAX			
料金支払い	事業所請求書 () ※月締め請求	当日支払い ()	
オプション等 支払い	オプション検査代 (本人 ・ 事業所) 付加健診代 (本人 ・ 事業所) 鎮静剤代(胃カメラ) (本人 ・ 事業所) 乳がん(該当者) (本人 ・ 事業所) 子宮頸がん(該当者) (本人 ・ 事業所)		
健診人数	一般健診 名	子宮頸がん検診単独 名	
	A コース 名	B コース 名	
健診結果(控え) ※請求書と一緒に 送付いたします	必要 ・ 不要		
備考欄	健診キット・会社控えの送付先が上記住所と異なる際はご記入をお願いします		
	住所 :		
	その他特記事項 :		

※「料金支払い」、「オプション等支払い」は、ご希望の方法に○をつけて下さい。

※「健診結果の事業所控え」は、個人情報保護の観点から基本項目のみ報告させていただきます。

予約登録	登録後連絡
/	/

内視鏡・健診センター

担当 松元・池上

Fax 0984-44-0629

Tel 070-5415-2365(直通)

0984-44-1141 (病院)