

# 会社・企業 健康診断予約申込書

渡辺通り田上内科クリニック 行

申込日：令和 年 月 日

【ご予約の際は下記に必要事項をご記入のうえ 092-751-7675 へ FAX をお願いします。】

会社名： \_\_\_\_\_

ご住所： \_\_\_\_\_

電話番号： \_\_\_\_\_

担当者名： \_\_\_\_\_

受診希望人数： \_\_\_\_\_ 名

希望日程：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日～令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

※日程につきましてはこちらで調整させていただきます。

支払方法： 窓口一括払い ・ 個人払い ・ 銀行振込

健診内容（ご希望の内容に人数をご記入ください）：

・ 健診 A コース \_\_\_\_\_ 名

・ 健診 B コース 法定健診  
(定期健康診断) \_\_\_\_\_ 名

・ 生活習慣病予防健診  
(協会けんぽ・35歳以上) \_\_\_\_\_ 名

・ 人間ドック \_\_\_\_\_ 名

ご連絡方法（○を付けてください）： メール ・ FAX ・ 電話

(アドレス・番号) \_\_\_\_\_

※FAX 受付後、担当者から日程調整や確認のご連絡をさせていただきます。

※お急ぎの場合やご不明点がございましたらお電話ください。