

## ＜企業健診申込書＞

下記の用紙に必要事項を記載の上、F A Xにてお申し込みください。

**F A X 052-611-0023**  
 かくむクリニック  
 〒457-0066 愛知県名古屋市南区鳴尾一丁目 29 番地      T E L 052-611-0022

申込日      年      月

会社名		担当課		ご担当者	
会社住所	〒	連絡先	TEL		
			FAX		

※健診種別の欄の該当する健診にを記入、受診人数をご記入ください。

その他の健診、オプション検査を希望する場合は、追加項目欄へご記入ください。

健診種別	値段	受診人数	対象者	健診項目
<input type="checkbox"/> Bコース (定期健診)	5,500 円		34歳以下及び36歳から 39歳の方	問診、身長体重、腹囲、視力、聴力、血圧、 尿検査
<input type="checkbox"/> Cコース (定期健診)	6,500 円		20歳、25歳、30歳の方	問診、身長体重、腹囲、視力、聴力、血圧、 尿検査、胸部レントゲン
<input type="checkbox"/> Dコース (雇用時健診)	9,350 円		雇い入れの方 35歳、40歳以上の方	問診、身長体重、腹囲、視力、聴力、血圧、 尿検査、胸部レントゲン、*採血、心電図
その 追 加 項 目 健 診				

\*採血・・・貧血・肝機能・血中脂質・血糖検査

※貴社への結果報告については、法定外項目を含め、受診者の同意を得たものと判断いたします。

●確認事項 該当にを記入、または必要事項を記載してください。

健康診断書用紙	手書き用紙（貴社独自様式）	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
支払い方法	<input type="checkbox"/> 窓口にて支払	<input type="checkbox"/> 事前 <input type="checkbox"/> 受診日当日 <input type="checkbox"/> 全員終了後	
	<input type="checkbox"/> 会社へ請求	請求書郵送時期	<input type="checkbox"/> 事前 <input type="checkbox"/> 全員終了後
	請求書送付先	〒	
	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 上記住所以外		

別紙の予約者名簿もご記入のうえ、F A Xをお願いいたします。

