外旭川サテライトクリニック　行き　　FAX　018-869-7212

企業健診　申込書

フリガナ	※正式名称でご記入ください			
企業名				
ご担当者様 氏名			部署名	
ご担当者様 ご連絡先	住所	〒		
	電話		FAX	
希望人数	名			
実施ご希望の 期間 （下表参照）	日程　　月　　日　～　　月　　日までの期間を希望			
	日程　　月　　日　～　　月　　日までの期間を希望			
健診結果 送付先	□　ご担当者様　ご連絡先に同じ			
	□　上記以外 〒			
ご請求書 送付先	□　ご担当者様　ご連絡先に同じ			
	□　上記以外 〒			
ご請求書 ・ お支払い方法	□　当日受診者本人にて窓口払い（現金・カード可） 領収書の宛名　□ 会社名　□ 健診者個人名　←どちらかにチェックを入れてください			
	□　お振込 ※会社宛てに請求書を発行いたします。領収書の発行はございません。 ※振込み手数料は御社にてご負担願います。			
	□　まとめて窓口払い等、上記以外の方法をご希望の場合、別途ご連絡ください。			

※別紙の「企業健診名簿」にも必要事項を記載のうえ、FAX送信をお願いいたします。

☆健診内容と追加項目は、当院のホームページをご参照ください。　　SOSAC健診

※実施人数・混雑状況から受入れ可能日時を調整し、確定日をFAXにて返信いたします。

健診可能時間帯	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
午前　9:30～11:00	○	○	○	休診日	○	○
午後　2:00～ 3:00	○	○	○		○	×

直近の日程でのご予約は、準備の都合上お受けできません。

お手数ですが、1カ月以降の日程でご予約をお願いいたします。