

申込書

【雇入れ健診・定期健康診断】

金沢さくら医院

申込日

年

月

日

名 / 申込書

枚

フリガナ 会社名	所在地	担当者名
		TEL

上記と送付先が異なる場合（自宅等）ご記入

フリガナ 会社名	所在地	担当者名
		TEL

支払い方法	
☐	当日すべて窓口精算（領収書 有 ・ 無）
☐	当日追加オプション検査のみ窓口払い（※コースは会社請求）
☐	請求書にて後日支払い（健診コース/オプション検査等）

送付先にレ点チェックを付けてください		
問診票	☐ 会社住所	☐ ご自宅
健診結果	☐ 会社住所	☐ ご自宅

【※下記ご確認いただけましたら、□にレ点チェックをお願いいたします】

- ☐ 【会社請求の方】 同月内10名様未満の場合に限り、1請求毎に手数料550円加算となりますのでご了承願います
- ☐ 【胃カメラ検査キャンセルポリシー】 日程変更・キャンセルをされた場合、7営業日前から1,500円を徴収しておりますのでご注意ください

保険者番号		記号												
保険番号	フリガナ名		生年月日	希望コースに○か印でご記入ください						第1希望日		第2希望日		オプション検査 / 備考
		男・女	昭・平	年 月 日	雇入れ健診	定期健康診断	人間ドック	レディースドック	脳検査ドック	生活習慣病予防健診	胃ABC検査	月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平	年 月 日	雇入れ健診	定期健康診断	人間ドック	レディースドック	脳検査ドック	生活習慣病予防健診	胃ABC検査	月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平	年 月 日	雇入れ健診	定期健康診断	人間ドック	レディースドック	脳検査ドック	生活習慣病予防健診	胃ABC検査	月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平	年 月 日	雇入れ健診	定期健康診断	人間ドック	レディースドック	脳検査ドック	生活習慣病予防健診	胃ABC検査	月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平	年 月 日	雇入れ健診	定期健康診断	人間ドック	レディースドック	脳検査ドック	生活習慣病予防健診	胃ABC検査	月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	
		男・女	昭・平	年 月 日	雇入れ健診	定期健康診断	人間ドック	レディースドック	脳検査ドック	生活習慣病予防健診	胃ABC検査	月 日 AM・PM	月 日 AM・PM	

【レディースデイ】 月曜日のPMは女性のみ

【胃カメラ検査】 月曜日～土曜日 AM実施（経鼻・経口局部麻酔）（6,600円税込）

【返送先】 FAX : 045-786-5541

