

# 企業健診申込書

申込日 20 年 月 日

医療法人社団幸訪会

東京都江戸川区南小岩7丁目24-20 FIRTA 1 5階

こいわファミリー内科宛

☎03-6657-9385 📠03-6657-9386

✉ info-koiwafamily@saverlife.net

会社名	
ご担当者	
ご住所	
ご連絡先	
支払方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払(現金)個別 <input type="checkbox"/> 銀行振込 (2年度目以降) <input type="checkbox"/> 窓口支払(現金)まとめて

※振込は受診日の1か月以内でお願いいたします。

メールまたはFAX受信後ご担当者様へご連絡いたします。(3日経過後連絡のない場合はお手数ですがご連絡ください。)

## 【受診者名簿】

	希望日	曜日	時間	フリガナ 氏名	性別	生年月日
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

健診番号

ご希望の内容へチェック✓をお願いします。

1  2  3  4  5

健診1：3,000円 健診2：4,500円 健診3：6,000円 健診4：7,000円 健診5：8,000円

※2022年1～3月までにお申し込みの方は、改定価格となります。

※内容はホームページのお知らせページをご確認ください。料金は税込です。