

# 企業健診 申込票

		お申込日	令和	年	月	日
事業所名	フリガナ					
事業所所在地	〒 -					
TEL	( )		FAX	( )		
担当者様	フリガナ					

健診人数	名
------	---

ご希望のコースを○で囲んでください。

(税込み)

コース	Basic	生活習慣病	心臓どきどき	血管いきいき	人間ドック
料金	¥7,150	¥8,250	¥9,350	¥11,550	¥55,550

オプションの有無を○で囲んでください。

オプション	あり ・ なし
オプション名	

希望日時	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	月 火 水 木 金 土
	9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・ 10:30 ・ 11:00 ・ 11:30 ・ 14:30 ・ 15:00 ・ 15:30

## お支払い方法

・銀行振込み(月末締め翌月お支払い)

※健診翌月に健診結果と請求書を送付させていただきます。

**h+原クリニック**

住所: 綾瀬市寺尾釜田1-1-8

TEL: 0467-79-8348

FAX: 0467-79-8349