

公立芽室病院 事務局医事係 宛

FAX : 62-5843

企業健診申込書 (FAX・郵送用)

記入にあたっては消せるボールペンを使用しないようお願いいたします。

※希望する項目に○をつけるか、必要事項をご記入ください。

※お申し込み内容について、後日お電話で確認させていただきますので、健診担当者様の連絡先をご記入ください。

フリガナ	
企業名	
所在地	〒 - 芽室町
連絡先	電話番号 : () -
	メールアドレス :
健診お申込み担当者名 <small>※ご都合のよい連絡希望時間を 右記にご記入ください</small>	担当者 : 様
	希望時間:
受診希望者数	名 (男性 名 ・ 女性 名)
健診希望月	(第1希望) 月、(第2希望) 月、(第3希望) 月 ★健診のお申込みは健診予定日の1カ月前までにお願います (日程はお申込み順に調整しますので、お早めにお申し込みください)
健診希望コース	1) 法定健診コース 2) すこやかミニドックコース 3) すこやかドックコース
その他	※健診に関する希望等をご記入ください
※以下については、すこやかドック・すこやかミニドックをお申込みの方が対象となります	
結果説明・保健指導の希望	あり ・ なし ★結果説明・保健指導の日時は毎週水曜日午後を予定しています
オプションについて <small>※ご希望があれば追加できる 検査(料金別途)</small>	①前立腺がん検診(男性のみ) ⑥頸動脈超音波検査 ②骨塩定量検査 ⑦甲状腺機能検査(3項目) ③内臓脂肪CT検査 ⑧アレルギー39種類セット検査 ④腫瘍マーカー検査(5項目) ⑨ABC検診(胃カメラ検査を受けない方) ⑤血圧脈波検査(ABI)