

# 健康診断申込書 <20231001>

		お申込日	令和 年 月 日
事業所	名称	ご担当者	
	ご住所	TEL	
		FAX (必須)	
診断書	用紙	<input type="checkbox"/> 貴社の用紙に記入 → 当日、用紙をご持参ください。結果は手書き記入となります。 <input type="checkbox"/> 当院の用紙に記入 → 当院様式の診断書を2部(ご本人用原本と事業所用控え)作成し、貴社ご担当者様にお渡しします。	
	お渡し方法	<input type="checkbox"/> 当院にて手渡し( 月 日に受け取り希望) <input type="checkbox"/> 一か月分を月末にまとめて郵送 <input type="checkbox"/> 全員分でき次第郵送	
お支払い方法		<input type="checkbox"/> 銀行振り込み → 受診月の末日付けで請求書を発行し郵送させていただきます。 <input type="checkbox"/> 受診時に現金にて支払い(クレジット払い不可) → 領収書は <input type="checkbox"/> 受診者名で発行 <input type="checkbox"/> 事業所名で発行	
①当日は当院ホームページに記載の<健康診断 受診時の注意事項>を守ってご来院ください。 注意事項を守っていただけないと受診していただくことができませんのでご注意ください。 ②来院時、医院受付に「〇〇会社の〇〇です」というふうに、会社名と氏名を必ずお伝えください。 会社名を言っていただけないと個人健診とみなされ、ご本人にお支払いいただくことになってしまいます。 ③「本日の順番取り」をしていただくために必要な「診察券番号」はお申し込み受付け後に貴社にFAX送信いたしますので、ご本人にお伝えください。			ご質問・ご要望など

## <受診者名簿>

午前診は月～土の9:00～12:00、夜診は月火水金の16:30～19:30です。

	診察券番号	お名前	フリガナ	生年月日	年齢	性別	受診コース	受診希望日
1				昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
2				昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
3				昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
4				昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
5				昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診

<受診者名簿>

名簿は下記内容が明記されていれば他の形式でも構いません。

午前診は月～土の9：00～12：00、夜診は月火水金の16：30～19：30です。

診察券番号	お名前	フリガナ	生年月日	年齢	性別	受診コース	受診希望日
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診
			昭・平 年 月 日	歳	男・女	A・B・雇・他	月 日 午前診・夜診

内田内科循環器内科

**FAX 077-516-0231**

〒525-0026 滋賀県草津市渋川1丁目2-26 ザ草津タワー2階

TEL 077-516-0200 メール uchida-naika-j@nike.eonet.ne.jp