

広島共立病院事業所健診申込票 ②

広島共立病院健診センター

ふりがな		ご担当者様	
事業所名			

送信枚数{本状を含めて} _____ 枚

(A) 住所			
電話番号		FAX	

(事前郵送物、健診結果などの送付先が上記と異なる場合は下欄にご記入ください)

(B) 住所	〒 _____ (事業所・自宅)		
電話番号		FAX	
支払い方法 (マルをつけて下さい)	・ 窓口で受診者様がお支払い		・ 後日のお支払い
	・ その他 (_____)		
	請求先	(A) 事業所住所	(B) 事業所住所
受診日程について ご希望がありますか (マルをつけて下さい)	有 ・ 無 ※お申し込みがたいへん多いため、受診日の決定については当センターにお任せいただけるととてもありがたいのですが、ご希望がございましたら「④記入例」を参照の上「申込書」の備考欄にご記入ください。		
特記事項			

◆ 健診結果は受診者様へお送りしますが、必要であれば事業所様にも法定健診項目につきましては控えをお送りします。特記事項欄に「控え必要」とご記入ください。またその場合は委任状が必要になります。

次の2点をファックスでお送りください

Fax 082-879-6891

① 広島共立病院事業所健診申込票 (本状)

② 協会健保健診個人申込票
(訂正・追加を記載ください)

記入方法は「予約要領」および「記入例」をご覧ください。