

広島共立病院協会管掌健診申込票

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（本票を含めて） _____ 枚

㉠ 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）

㉡ 住所	〒		
電話番号		FAX	

（事業所・自宅）

お支払い方法 （マルをつけて下さい）	1. 窓口で受診者様がお支払い 2. 後日のお支払 3. その他（ _____ ）
受診日程について ご希望がある方が おいですか （マルをつけて下さい）	請求先 ㉢事業所住所 ㉣事業所住所 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「㉢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あてお送りしますが、ご希望があれば事業所様にも法定検診項目につきまして結果控えをお送りします。特記事項の欄に「控え必要」とご記入ください。

次の2点をファックスでお送りください

- 本状（広島協立病院協会管掌健診申込票）
- 「協会」からとどいた生活習慣病予防健診申込書
 （コピーしていただき必要事項をご記入ください。
 記入方法は「予約要領」「記入例」をご覧ください）

Fax 082-879-6891