

		企業コード	
フリガナ		ご担当者様	
事業所名			
ご担当者様連絡先	TEL :	FAX :	

※日程はご担当者様にFAXにてお送りします

送信枚数(本状を含めて) _____ 枚

(A) 住所	〒		
電話番号		F A X	

支払い方法	・ 全額 窓口支払い	・ 全額 会社請求
-------	------------	-----------

★記入漏れがあった場合、こちらからお問い合わせをいたします。
確認できるまでご予約をお取りできません。記入漏れのないようご注意ください。

【変更点】

事業所の登録できる住所は1つです。(確認書・健診キット・請求書を郵送いたします)

- ・ 健診キットは各事業所様に郵送させていただきます。個人への個別郵送はできません。
- ・ 請求書・会社の結果控えも登録いただく住所に郵送いたします。
お支払い方法は、全額 窓口支払い・全額 会社請求のみです。
- ・ 一部会社請求などの細かい請求方法は2025年度よりできませんのでご了承ください。
当日の追加分に関しては、すべて当日窓口支払いとさせていただきます。

2025年度より健康診断の料金改定を行っております。同封している書類をご確認ください。

★次の2点をファックスでお送りください★

Fax 082-879-6891

- ・ 広島共立病院 事業所健診申込票A
- ・ 広島共立病院 事業所健診申込票B

返信①

返信②