企業健診お申し込みフォーム

お申込日	年　　月　　日		
会 社 名			
ご担当者		郵便番号	
住　　所			
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
受診希望時期		受診予定人数	名
結果報告	□ ご来院の上、個別報告 □ まとめて受取り 　□ 窓口での受取り 　□ 郵送（レターパック代430円掛かります。） 　　□ 上記住所へ郵送 　　□ 上記以外の住所へ郵送 　　住所： 　　宛名：		
健診結果書式	□ 英文希望（別途税込2,100円）		
お支払い方法	□ 個別に当日お支払い □ 後日まとめてのお支払い 　□ 現金支払い 　□ 銀行振込み 　□ カード支払い		
健診内容	□ 法定健診（税込9,900円） □ 人間ドック（税込15,400円） □ その他 ［　　］		