

企業健診お申込みフォーム

この度は、当院での健康診断をお申込みいただき、まことにありがとうございます。
恐れ入りますが、下記の項目をご記入の上、FAXもしくはメールにてご返送いただきます
よう、よろしくお願い致します。確認後、ご連絡致します。

企業名	_____
ご担当者	_____
所在地	_____
お電話番号	_____
FAX番号	_____
メールアドレス	_____
健康診断実施期間	_____
人数	_____
お支払い方法	窓口個別支払い 銀行口座振込み その他
結果報告の形式	来院して個別報告 会社にまとめてお渡し
	(郵送の場合はレターパック代をご請求いたします。)

検査項目（要綱等ございましたら、添付いただきますよう、お願い致します。）

※特に細かいご指定がない場合は法定健診（¥9,000税別）を実施いたします。

問診、身長、体重、BMI、腹囲、内科診察、血圧、視力、聴力（オーディオ）
胸部レントゲン写真、心電図、尿（糖・たんぱく）、
血液（赤血球数・血色素量・AST・ALT・γGTP・中性脂肪・血糖・HbA1c）
※ 採血のオプション検査のご用意もごございます。

備考

医療法人社団法山会 山下診療所 自由が丘
目黒区自由が丘1-30-3東急ビル7階
TEL 03-3724-3811
FAX 03-3718-3811
E-MAIL jiyugaoka@hozankai.com
担当 _____

_____年 _____月 _____日