

## 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	<input type="checkbox"/> ご来院の上、個別報告 <input type="checkbox"/> まとめて受取り <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 窓口での受取り  <input type="checkbox"/> 郵送（レターパック代430円掛かります。）                 </div> <div style="margin-left: 80px;"> <input type="checkbox"/> 上記住所へ郵送  <input type="checkbox"/> 上記以外の住所へ郵送                 </div> <div style="margin-left: 80px;">住所：</div> <div style="margin-left: 80px;">宛名：</div>		
健診結果書式	<input type="checkbox"/> 英文希望（別途税込2,100円）		
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 個別に当日お支払い <input type="checkbox"/> 後日まとめてのお支払い <div style="margin-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> 現金支払い  <input type="checkbox"/> 銀行振込み  <input type="checkbox"/> カード支払い                 </div>		
領 収 証	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要                      （宛名：                      ）		
健診内容	<input type="checkbox"/> 法定健診（税込9,900円） <input type="checkbox"/> 人間ドック（税込15,400円） <input type="checkbox"/> その他 <div style="margin-left: 40px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 100px; width: 80%;"></div> </div>		
備 考			