

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 <ul style="list-style-type: none"> <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。） <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 上記住所へ郵送 <input type="checkbox"/> 上記以外の住所へ郵送 住所： 宛名： | | |
| | | | |
| 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 <ul style="list-style-type: none"> <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 | | |
| | | | |
| 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="text-align: center; margin-top: 10px;"> <div style="display: inline-block; width: 150px; height: 50px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> </div> | | |
| | | | |
| 備考 | | | |