

## 企業健診お申し込みフォーム

<b>お申込日</b>	年                      月                      日
<b>会社名</b>	
<b>ご担当者</b>	郵便番号
<b>住所</b>	
<b>電話番号</b>	FAX番号
<b>メールアドレス</b>	
<b>受診希望時期</b>	受診予定人数                      名
<b>結果報告</b>	<input type="checkbox"/> ご来院の上、個別報告 <input type="checkbox"/> まとめての受取り <input type="checkbox"/> 窓口での受取り <input type="checkbox"/> 郵送（郵送手数料が880円掛かります。） <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：
<b>健診結果書式</b>	<input type="checkbox"/> 英文希望（別途税込2,200円）
<b>お支払い方法</b>	<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 <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
<b>領収証</b>	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要            （宛名：                      ）
<b>健診内容</b>	<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: 20px;"> <span style="font-size: 2em;">[</span> <span style="font-size: 2em;">]</span> </div>
<b>備考</b>	