FAX
送信方向

予約申込専用FAX番号 03-6712-0096（クリニック代表）

天王洲内科医院
雇い入れ・定期健康診断 予約申込FAXフォーム

□希望健診コースに〇をしてください（コース内容は必ずホームページでご確認ください）

雇い入れ法定	健診A	健診B	健診C	健診D	結核検診	会社指定
税込9,350円	税込10,450円	税込9,350円	税込5,500円	税込3,520円	税込4,400円	

※会社指定のご料金については健診内容によって変わってきます。

□健康診断ご希望日（時間：平日は午前10時・11時/午後15時30分・16時30分、第1・3・5土曜日は午前10時・11時での各1名）

第1候補：	年	月	日から	年	月	日まで
第2候補：	年	月	日から	年	月	日まで
第3候補：	年	月	日から	年	月	日まで

□健診人数

約　　名

□インフルエンザ・ワクチンの接種予約も検討したい。（接種時期：10月中旬から12月中旬）
※検討希望の場合、以下内容についても、併せてご記入ください。

1） 接種予定人数 （　　）名

2） 接種希望時期 （　　）年（　　）月～（　　）月頃

企業様名

ご所在地

〒

ご担当部署名/ご担当者様名

様

お電話番号/内線番号

ファクス番号

健診料金ご請求先を〇でお選びください

会社請求　　受診者様の窓口支払い

健診結果郵送先お選びください

上記ご住所　　上記以外のご住所

健診結果ご郵送先・ご請求先が上記と異なる場合にご記入下さい。

〒

企業様名/部署名　：

ご担当者様名　　：　　様

備考（当院指定項目外の健診項目がある場合や健診時間で当院指定時間以外でのご希望がある場合等ご記入下さい）

ありがとうございました。折り返し、当クリニック担当者より連絡させていただきます。

お電話でのご連絡先：　03-6712－0086（クリニック代表）