

年 月 日

このたびはホームページからdownloadしていただき、ありがとうございます。

お申込みいただくにあたり、会社の基本情報、ならびに受診される方のお名前と受診を希望されるコース(①など)等を記入の上、ファックスで(Fax)025-270-7261までお送りください。なお、木戸病院健診センターから電話でご返事させていただいた上で確定させていただきますので、ご了承ください。

不明な点がありましたら、Tel. 025-270-1831までお問い合わせください。

新潟医療生活協同組合木戸病院健診センター

## 健 診 受 診 申 込 書

御社名 \_\_\_\_\_ 御担当者名 \_\_\_\_\_ 様

〒

御住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

御支払方法 窓口払い ・ 月末請求翌月末までの振込(手数料はご負担ください)

受診希望時期 年 月 日 ~ 年 月 日

受診コース ①労働安全衛生法に基づく事業所健診Aコース(¥8,208)  
②全国健康保険協会生活習慣病予防健診一般健診(胃部X線検査)(¥7,038)  
③全国健康保険協会生活習慣病予防健診(胃部X線検査)+付加健診(¥11,752)  
④その他(具体的に)

※子宮がん、乳がんなども一緒に受診される場合は「受診希望コース等」の欄に記入してください。

| 氏 名 | ふ り が な | 生年月日 | 性別 | 受診希望コース等 |
|-----|---------|------|----|----------|
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |
|     |         |      |    |          |

<通信欄>