

◆企業健診確認事項

住所	〒 _____		ご担当者様
	_____		
会社名	_____		
電話番号	_____	FAX番号	_____

各コースの検査内容に関しましては、当院のHPをご覧ください。

<b>健康診断</b>	<b>定期Ⅰ・定期Ⅱ・新規雇用健診</b> 結果記載所定用紙あり ・ 所定用紙なし
※上記コースに当てはまらない場合は、備考欄に希望検査項目をご記入下さい。	
<b>人間ドック コース</b>	<b>ベーシック人間ドック（胃カメラ）</b> <b>クイック採血人間ドック（ABC）</b>
<p>※胃カメラが含まれるコースは、経口・経鼻よりお選びいただけます。</p> <p>※経口にて実施の場合、鎮静剤を使用することが可能です。使用時は別途5,000円がかかります。</p> <p>※胃カメラは現在、金曜・土曜日は実施しておりません。</p> <p>※人間ドックは事前郵送書類がございますので、最短で10日後以降でのご案内となります。</p>	
<b>●希望支払方法</b>	当日支払い ・ 振込 ※振込希望の場合、人数によりお受け出来ない場合がございます。
<b>●健診実施時期</b>	
<b>●希望健診実施時間</b>	午前 ・ 午後
<b>●人数</b> （依頼時のおおよその人数で結構です）	
<b>●希望結果受け取り方法</b>	窓口受取 ・ 郵送（会社 ・ 自宅） ※郵送希望の場合、郵送代が別途500円がかかります。 人数によりご対応できない場合がございます。
<備考欄> ※上記以外にご希望等があればご記入下さい。	

◆必要項目を記載のうえFAXにてご送信下さい。

内容を確認した後に担当者よりご連絡をさせていただきます。

**FAX：048-782-8769**

**ドクターランド大宮 行**