［当院使用欄］
□ カルテ
□ キット(　　/　　)
□ 健診システム

一般/雇用時・健康診断申込書(Bコース)

＊欄は、領収書名＝個人名の方はご記入頂かなくて結構です　　申込日／　　年　　月　　日

＊会社名 (請求先)		担当者	部署名 氏　名
＊所在地	〒		
＊TEL番号		FAX番号	
案内書 (検査キット)　送付先	□ 会社　□ 個人	検査結果　送付先	□ 会社　□ 個人
お支払方法	□ 会社請求　□ 窓口払い	⇒ 窓口払いの方 領収書の宛名	□ 会社名　□ 個人名

□ B1雇用時　□ B1　□ B2　← ★希望のコースを選択して下さい

フリガナ		男　女	生 年 月 日	受　診　日
受診者名 ①		□本人 □家族	年　月　日 (　才)	月　日 ：
現住所 (連絡先)	〒		TEL番号	
その他：				

□ B1雇用時　□ B1　□ B2　← ★希望のコースを選択して下さい

フリガナ		男　女	生 年 月 日	受　診　日
受診者名 ②		□本人 □家族	年　月　日 (　才)	月　日 ：
現住所 (連絡先)	〒		TEL番号	
その他：				

★オプション項目　・希望項目にチェックして下さい。(費用はｵﾌﾟｼｮﾝ一覧表でご確認下さい)
・下記以外の検査もご用意しております。お気軽にご相談下さい。

受診者名	①	②
腹部エコー		
胃バリウム		
胃内視鏡		
HbA1c		

医療法人社団TCJ トラベルクリニック新横浜
TEL：045-470-1011　FAX：045-470-1012