

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	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人	検査結果 送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人
お支払方法	<input type="checkbox"/> 会社請求	<input type="checkbox"/> <u>窓口払い</u>	⇒ 窓口払いの方 領収書の宛名	<input type="checkbox"/> 会社名 <input type="checkbox"/> 個人名

★ご希望のコースをお選び下さい ↓

フリガナ		男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> B1雇用 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
受診者名 ①		<input type="checkbox"/> 本人	年 月 日 (才)	受診日
		<input type="checkbox"/> 家族		月 日
現住所 (連絡先)	〒	TEL		:
フリガナ		男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> B1雇用 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
受診者名 ②		<input type="checkbox"/> 本人	年 月 日 (才)	受診日
		<input type="checkbox"/> 家族		月 日
現住所 (連絡先)	〒	TEL		:
フリガナ		男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> B1雇用 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
受診者名 ③		<input type="checkbox"/> 本人	年 月 日 (才)	受診日
		<input type="checkbox"/> 家族		月 日
現住所 (連絡先)	〒	TEL		:
フリガナ		男 女	生年月日	<input type="checkbox"/> B1雇用 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2
受診者名 ④		<input type="checkbox"/> 本人	年 月 日 (才)	受診日
		<input type="checkbox"/> 家族		月 日
現住所 (連絡先)	〒	TEL		: