

# 一般/雇用時・健康診断申込書(Z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	□Z1   □Z2
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	□Z1   □Z2
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	□Z1   □Z2
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	□Z1   □Z2
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		: