

※1枚で記入できない場合はコピーしてご利用ください。

事業所名															
代表者名															
所在地															
電話番号															
	フリガナ		生年月日			オプション健診					受診希望日時				
	受診者氏名	性別	電話番号(本人携帯番号)								月	日	時	分	
1			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
2			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
3			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
4			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
5			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
6			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
7			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
8			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
9			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														
10			S・H	年	月	日	A	B	C	D	E				
	男/女														

基本健診	12,500円×	人	円
オプションA	4,500円×	人	円
オプションB	4,000円×	人	円
オプションC	2,500円×	人	円
オプションD	3,500円×	人	円
オプションE	4,500円×	人	円
合 計			円

領収印

生活習慣病健診負担金として上記の金額正に受領いたしました。

受診日より4日前以降の取消について受診料の返金はできません。

受診日時は厳守してください。

記載された個人情報は健康診断(受診、結果案内)の目的以外には使用しません。

オプション健診だけの健診はできません、必ず基本健診とセットになります。

