

健康診断申込書

FAX 028-648-7805

(NPO法人ルネサンス 巡回健診クリニック)

事業者名

営業所名

住所 〒

TEL

FAX

ご担当者

※希望受診日・時間別にお申し込み下さい。

(希望日・希望時間が複数ある場合はそれぞれお申し込み下さい。)

※問診票の送付先が異なるため、申込みをする営業所ごとに

FAXして下さい。

受診希望日	月	日 ()
受診場所		
希望時間・受診人数	時 ~ 時	名

受診希望日	月	日 ()
受診場所		
希望時間・受診人数	時 ~ 時	名

受診希望日	月	日 ()
受診場所		
希望時間・受診人数	時 ~ 時	名

※会員事業所→申込(健診クリニック)→問診票等通知(およそ1ヶ月前)→受診→精算(振込)

合計受診者数

名

栃ト協扱い分