

【企業様用 団体健診申込書（2名以上）】

申込日

年

月

日

会社名		住所	〒
ご担当者名		連絡先	TEL FAX

健診の内容をご確認していただき、健診人数を記入ください。診断書（税込み）を含んだ金額です

健診コース	金額	人数	対象（関係法令）	内容
Aコース 雇用健診 定期健診	12,150円 (税込み)		雇入れの方（労働安全衛生規則第43条） 35歳・40歳以上の方（労働安全衛生規則 第44条）・ご希望の方	問診・診察・尿検査・身長・体重・ 腹囲・血圧・聴力・視力・心電図・ 胸部レントゲン・採血・診断書
Bコース 定期健診	6,750円 (税込み)		20歳・25歳・30歳の方（上に同じ） 医療・介護・学校関係・じん肺法関係	問診・診察・尿検査・身長・体重・ 腹囲・血圧・聴力・視力・胸部レン トゲン・診断書
Cコース 定期健診	4,650円 (税込み)		上記以外の34歳以下 36歳～39歳の方（上に同じ）	問診・診察・尿検査・身長・体重・ 腹囲・血圧・聴力・視力・診断書
追加 検便	3,300円 (税込み)		給食関係の方	赤痢菌・サルモネラ菌・O157
【備考】				

★以下、必ず該当する項目に□にレ点を入れてください。（郵送は手数料別途がかかります）

診断書 用紙	<input type="checkbox"/> 貴社の指定用紙あり（事前に当院へ FAX し当日持参ください）	<input type="checkbox"/> 当院作成用紙を使用
支払い 方法	<input type="checkbox"/> 窓口支払い（会社名の領収書を発行）※終了後、こちらよりご連絡します。 <input type="checkbox"/> 振り込み（請求先へ請求書を郵送。上記と郵送先が違う場合は以下に記入ください） ※銀行振り込み時のご利用明細で領収証明とさせていただきます。 ※基本全員終了後の請求ですが、月をまたぐ場合その月ごとに請求させていただきます。	
請求先	住所 〒	TEL
	会社名	ご担当者名
診断書 渡し	<input type="checkbox"/> 担当者（ ）がまとめて窓口でもらう <input type="checkbox"/> 請求先にまとめて郵送 ※担当者様へ診断書お渡しの個人様の同意を得てください⇒ <input type="checkbox"/> 了承しました	

●こちらをFAX後に、健診枠の空き状況をお問い合わせ頂き予約枠を確保した上で別紙の健診者名簿（企業様用）も3日以内にFAXまたは窓口を持参ください。

医) とねクリニック富田林市高辺台 2-15-10 TEL0721-29-0300 FAX0721-29-0355