

【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 1,000 円（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	11,980 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
	740 円 （税込み）		1 週間後、個人でも結果説明を聞きに来 院をされる場合	
Bコース 定期健診	6,550 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	4,450 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いたします。上記と違う場合は以下に記入ください） ※銀行振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することがあります。	
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 F A X 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 または窓口持参ください。

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