

# 企業健康診断申込書(2024\_01)

申込日: 令和 年 月 日

会社名			
所在地	〒		
ご担当者氏名			
電話番号		FAX番号	

※請求書・健診結果の送付先が上記会社名、所在地と異なる場合は以下にご記入下さい。  請求書  健診結果

会社名			
所在地	〒		
ご担当者氏名			
電話番号		FAX番号	

種別No.	健診種別	基本項目	尿検査	聴力検査	胸部X線	心電図	血液検査	料金(税込)
1	企業健診③	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				¥6,760
2	企業健診④	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		¥12,570
3	企業健診④(心電図なし)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			¥10,420
4	企業健診④(聴力、心電図なし)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>			¥8,610
5	企業健診⑤	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¥16,000
6	企業健診⑤(心電図なし)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	¥13,860
7	企業健診⑤(胸部X線なし)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	¥12,340
8	企業健診⑤(心電図、胸部X線なし)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	¥10,190

※基本項目は、問診および身長・体重・腹囲・視力・血圧の測定を行います。

ID (記載不要)	希望健診 種別No.	希望日・時間帯	フリガナ 氏名(フルネーム)	性別	生年月日	備考
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
		月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	

注意  
事項

- ①希望日をご記入の際は午前・午後とも、Max3名としてください。木曜(午前)・土曜・日曜・祝日は行っていませんのでご了承下さい。なお、予約状況により、希望日ごおりの予約がお取りできない場合もありますので、予めご了承ください。
- ②午前の方は、朝食を抜いて8:30~11:00、午後の方は、昼食を抜いて13:30~16:00までにご来院下さい。
- ③ご予約頂いておりますが、他の患者様もいらっしゃいますのでお待ち頂く事がありますがご了承下さい。
- ④人数の変更・キャンセル等は必ずお電話下さいませようお願い致します。

医療法人社団 星風会 井上クリニック  
医事課 健診担当

☎ 03-3850-5771(代)  
Fax 03-3850-5822  
e-mail kenshin@inouehsp.or.jp