

<健康診断のお申し込みについて>

下記のお申し込み用紙に必要事項を記載のうえ、FAXにてお申し込みください。

FAX 095-843-2890

社会医療法人 春回会 春回会クリニック 健診センター

予約担当者

郵便番号 852-8105

住所： 長崎県長崎市目覚町7番2号 HCS長崎ビル6階

電話番号（直通） 095-844-1481

FAX 095-843-2890

貴社記入・確認欄

団体No

企業名		担当課		担当者氏名	
企業住所	〒 ()	連絡先	電話番号		
			FAX		
保険者	保険者番号		保険者名		

※健診種別の欄の該当する健診に○をつけ、受診人数・受診希望日・期間・時間帯をご記入ください。
オプション検査や特定健康診査(メタボ健診)を実施する場合は、追加項目欄にご記入ください。
ご希望・連絡事項等ありましたら、備考欄へご記入してください。

健診種別	受診人数	受診希望日・期間	時間帯(AM・PM)	追加項目
定期健康診断			AM・PM	
※省略基準に該当した場合、医師の判断での省略について ☐ 省略してよい ☐ 省略しない				
雇い入れ健診			AM・PM	
特定業務健診			AM・PM	
特殊健診()			AM・PM	
協会：一般健診			AM	
協会：一般+付加健診			AM	
協会：子宮がん検診			AM・PM	
備考				

■ 確認事項 該当に☒を記入、又は必要事項を記載してください。

ご案内送付先	☐ 会社宛(上記住所)	☐ 上記住所以外	〒
結果票送付先	☐ 会社宛(上記住所)	☐ 上記住所以外	〒
	☐ 必要 ☐ 不要	送付先 ☐ 会社宛(上記住所) ☐ 上記住所以外	〒
支払方法	☐ 会社へ請求 ☐ 窓口にて支払い		備考欄
	※会社へ請求の場合 請求書送付先		
	☐ 会社宛(上記住所)	☐ 上記住所以外	〒

定期・特定業務健診の場合記入

手書き用紙(貴社独自様式)の有無

☐ 有

☐ 無

※ 手書き用紙ありの場合は、サンプル(記入例)を、事前にお送りください。