ライフサポートクリニック
健康診断申込書（企業申込用）

◆ 申込先・お問合せ先 ◆
ライフサポートクリニック　渉外部
〒332-0002 川口市弥平4-6-24
電話.048-223-2576
FAX.048-223-2637
http://www.lifesupport-c.com/

下記の必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。
◇ 結果票は、受診日から11営業日で下記【3】の事業所住所に送付となります。
◇ 申込書のFAX到着後、確認のお電話をいたします。電話確認の後、正式な予約確定となります。

【1】お支払方法を選択してください。（ご希望の方法に〇）

現金支払	銀行振込

3万円未満で、銀行振込をご希望される場合、振込 手数料はご受診者様側でご負担ください。

【2】受診希望日時と会場をご記入ください。　★ご希望日時が定員に達している場合等、ご希望に沿えない場合もございますので予めご了承ください

希望日	平成　　年　　月　　日（　　）	希望時間帯	：　　頃	会場	

【3】事業所の名称・住所等を記入してください。　★受診票や採尿容器等の受診キット、受診結果票は事業所住所に一括で送付いたします

事業所名		担当者名（担当部署名）		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
事業所住所	〒			並び順の指定	

【4】受診者の氏名等、必要事項をご記入ください。　（※）当クリニックの受診票がお手元にある方は有・ない方は無とご記入ください。

	カナ氏名	漢字氏名	性別	生年月日	健診コース	追加検査	有機溶剤健診（溶剤名）	特殊健診（特化物・電離など）	受診票有無（※）
1									
2									
3									
4									
5									