

◆送信先：南部徳洲会病院

FAX：098-998-0320◆

2026年度 申し込み書②(健診:企業向け)

カナ

事業所名

担当者名

Tel. :

Fax :

Aコース（採血なし）：5,500円

Bコース（夜勤健診）：7,700円

Cコース（法定健診）：9,900円

Dコース（眼底あり）：11,000円

※氏名・生年月日は正しく記入して下さい。

R8年4月1日以降より受診可能です↓

	カナ	男・女	健診	オプション	希望日
①	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3
	カナ	男・女			健診
①	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3
	カナ	男・女			健診
③	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3
	カナ	男・女			健診
④	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3
	カナ	男・女			健診
⑤	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3
	カナ	男・女			健診
⑥	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3
	カナ	男・女			健診
⑦	氏名	生年月日 S・H	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース <input type="checkbox"/> Dコース		第1
	住所				第2
	TEL.				第3