

◆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↓

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