

巡回健康診断 FAXお問い合わせ票

FAX : 03-5689-8210 ご提出日 年 月 日

お客様企業名		ご担当者名		部署名	
TEL		FAX			
Email					
ご住所 〒 -			現在ご加入の健康保険組合名		
定期健康診断 受診対象者数 ※ご記入可能な 範囲で結構です。	年齢 区分	男性	女性	合計	現在の受診医療機関
	協会けんぽ加入 35歳以上	名	名	名	※お差支えがなければご記入ください。
	35歳および40歳以上	名	名	名	
	34歳以下および36～39歳	名	名	名	

- 今回、予定されている「健康診断」について教えてください。
 - 定期健康診断 協会けんぽ補助対象健診 特殊健康診断 行政指導による健康診断
- 健康診断実施（予定）について教えてください。
 - 年 月 日 頃
- 巡回健診（長さ7m～10.3m、幅 2.1m～2.5m、高さ3.0m～3.6m）の駐車スペース
 - あり なし
- 巡回健診をご依頼の際、ご希望がございましたら記入ください。
 - 検査項目（オプション項目含む）について質問したい。
 - 見積もりがほしい。

ご質問・ご要望をご記入ください



医療法人社団七星会カスガメディカルクリニック