大織診療所 FAX:06-6203-1227　TEL:06-6231-0347　　年　月　日

雇入時健康診断申込書

○健診コース【 A ・ B ・ C 】　　■雇入時健康診断は受診票の送付はありません■

○事業所記号(　　)　　○健診費用【 当日窓口払い ・ 会社請求 】

番号	フリガナ 氏　名	性別	生年月日	備考
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	
		男・女	S・H　年　月　日	

○受診希望日　令和　　年　　月　　日　AM(9:30／10:30)・PM(13:00～13:30)

上記の通り 男　　名、女　　名、合計　　名 申し込みます。

【注意事項】
＊午前受診の場合:朝から絶飲絶食(水は可)
＊午後受診の場合:朝9時までに軽めの朝食を摂り、その後は絶飲絶食(水は可)
＊受診後、検尿検査から行いますので直前に排尿しない
＊上半身のみのお着替えになりますので上下分かれたお洋服でお越しください。

事業所名

住所　〒

TEL(　　)　　-　　FAX(　　)　　-

担当者名