

# 健康診断実施確認書

健康診断のお申込み、誠にありがとうございます。

下記のフォームへ必要事項をご記入のうえ、FAX(0748-55-8074)へ送信ください。

東近江市蒲生医療センター 健診センター

TEL 0748-55-8073(健診センター直通)

FAX 0748-55-8074

ご記入日	令和 年 月 日			
事業所名				
ご住所 (事業所)	〒			
ご担当者名				
お電話番号				
FAX番号				
各種 送付 先	問診票	1 同上	2 その他ご要望があれば備考欄に記入ください	
	結果票	1 同上	2 その他ご要望があれば備考欄に記入ください	
ご請求先 ※当てはまる箇所 に○をご記入ください			令和 年度	
			ご請求先	
			事業所様へ ご請求	ご受診者 窓口支払い
	生活習慣病一般健診 (35歳未満・若年含む)			
	ご 対 象 年 齢 の み	節目健診		
		乳がん検診		
		子宮がん検診		
骨粗鬆症検診				
オプション検査				
備考	<p>例1) 自費の乳がん検診分も事業所請求でお願いします。35歳未満は検便不要です。 例2) 請求書は下記住所まで。</p> <hr/>			