

# 事業所健診申込書

事業所名			
電話番号 (日中連絡可能な番号)	( )		
FAX 番号	( )		
担当者名			
健診検査項目	<input type="checkbox"/> 労働安全衛生法健診 ※ホームページ上でご案内している健診項目です。 <input type="checkbox"/> 事業所独自健診 (健診項目を別に FAX してください)		
所定用紙	あり ・ なし	健診人数	人
健診実施時期			

※出来るだけ健診希望日の1か月以上前にご連絡をいただけますと幸いです。

また、事業所で4名以上まとまった人数の健診をご希望される際は、お電話にてお申し込みをお願い致します。