

年 月 日
送付枚数 1枚

御中
(FAX - -)

健康診断申込書

以下のとおり、健康診断の申込みをいたします。

氏名・年齢 (才)

生年月日 年 月 日

性別 男・女

受診予定日 年 月 日

住 所 〒 -

電話番号 - -

健診内容 産業機械健康保険組合 旧若年健診(法定項目)

(医師による問診、身体計測、視力・聴力、血圧測定、胸部X線、尿検査)

支払い方法 請求書による銀行振込(下記宛先へ 請求書を送付願います。)

<請求書 送付先>

株式会社 アットキヤド 管理部 宛

〒151-0053 東京都渋谷区代々木3-22-7 新宿文化クイントビル15階

TEL 03-5843-5334 FAX 03-5354-7573

お問い合わせは、(株)アットキヤド 管理部まで
ご連絡いただきますよう、お願いいたします。