

お申し込みの際は、こちらの用紙にご記入の上、
FAXにてご連絡下さい。

FAX番号 03-5776-1631
芝健診センター行き

事業所様名

担当

様

電話

〒

FAX

ご住所

メール

お支払方法

請求 ・ 当日個々にお支払※ ・ オプションのみ当日個々にお支払※ ・ その他

※クレジットカードはご利用いただけません

受診 希望日	受診コース (○印をつけて下さい)	フリガナ 受診予定者名	性別 生年月日	健康保険 番号	オプション オプション項目を記入して下さい。 ※溶剤による追加検査(有機溶剤健診をご希望の場合)がある場合は、溶剤名もご記入下さい。
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. 情報機器 / 頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. 情報機器 / 頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. 情報機器 / 頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. 情報機器 / 頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. 情報機器 / 頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	
	1. 有機溶剤健診 2. じん肺健診 / 石綿健診 / じん肺・石綿健診 3. 高気圧業務健診 4. 電離放射健診 5. 情報機器 / 頸肩腕健診		男 女 昭和・平成 年 月 日	本人・家族	

ご予約のキャンセル、ご予約日及び時間の変更などは、必ず前日までにご連絡ください

(ご連絡いただけない場合にはキャンセル料が発生する場合がございます)

● ご不明点がございましたら、以下までお問い合わせ下さい

芝健診センター 予約担当

電話: 03-3431-7491

E-mail: info@shiba-kenshin.jp

HP: <http://www.shiba-kenshin.jp> (WEBからのご予約も可能です)

(あなたのヘルス・ナビ)
芝健診センター
SHIBA Medical Examination Center