

健診申込書**《企業の方》**

健診希望時期 年 月 ～ 年 月

人数 名（うち男性 名、女性 名）

連絡先 企業名

ご担当者

企業のご住所

電話番号

F A X 番号

※ご希望の健診コースについてはお電話で確認させていただきます

《個人の方》

ご希望のコース

健診希望日 第一希望 年 月 日

第二希望 年 月 日

第三希望 年 月 日

お名前

ご住所

電話番号

保健予防課で申込用紙を確認後、こちらから連絡をさしあげます。連絡は平日の9：00～17：00の間にさせていただきます。なお、電話での内容確認がとれ次第予約を確定させていただきます。

万が一、1週間以上経っても連絡がない場合は、大変お手数をお掛けして申し訳ありませんが、保健予防課までお電話くださいますようお願い致します。