

あべ胃腸内視鏡・内科 行

会社・企業でのご予約は下記に必要事項をご記入のうえ

092-710-6527 へ FAX をお願いします

会社・企業健診等 予約申込書 申込日 (FAX 送信日) 令和 年 月 日

ふりがな
会社名： _____

ご住所： _____

電話番号： _____

ご担当者名： _____

受診希望人数： _____ 名

希望日程： 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

※こちらで調整させていただきます

健診内容 (ご希望の内容に○をつけてください)

健診 A ・ B ・ C ・ D ・ E

胃カメラ

大腸カメラ

ワクチン (種類： _____)

その他 (_____)

支払方法： 窓口一括払い ・ 銀行振込

※○をつけてください

※健診結果はご担当者の方に取りにきていただくようお願いしています。

郵送等をご希望の場合は事務手数料が別途必要になります。

※FAX 受付後、当院よりご担当者の方へ日程調整や健診の注意点などのお電話をさせていただきます。