

## 雇用健診・定期健康診断予約申し込み

FAX03-6433-0870

☆希望健診コースに○をつけてください。健診コースにつきましてはホームページでご確認ください

雇用（法定）9000円    健診 A 10000円    健診 B 9000円    健診 C 5000円  
健診 D 3200円    結核健診 4200円    その他（会社指定）

※会社指定の健診料金については健診内容によって変わってきますのでご確認ください。

☆健康診断ご希望日（午前・午後・どちらでも）

第一希望：	年	月	日	～	年	月	日まで
第二希望：	年	月	日	～	年	月	日まで
第三希望：	年	月	日	～	年	月	日まで

☆健診人数

約 名

企業様名：

ご住所：

ご担当者様：

ご連絡先：

ご要望：

ありがとうございました。折り返しクリニック担当者よりご連絡させていただきます。

お電話での連絡先：03-6712-8018

東京シーフォートスクエアクリニック