

団体様専用

企業健診（雇用前・定期）申込・受付票

事業所名称	様			予約票・結果送付先	☐ 事業所	☐ 本人
事業所所在地	〒	担当者様：	様	結果必要部数	☐ 1 部	☐ 2 部
					請求情報	☐ 全額個人負担 ☐ 全額事業所負担 ☐ 一部個人負担 ()
TEL		FAX		Mail		

I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		

※各コースの検査項目は、ホームページに掲載しておりますので、ご確認の上、受診コースを選択してください。

医療法人公仁会 姫路中央病院附属クリニック
PET健診センター
TEL : 079-235-3600 FAX : 079-235-6009
Mail : pet@hc-hosp.or.jp

企業番号

団体様専用

企業健診（雇用前・定期）申込・受付票

事業所名称	医療法人公仁会 姫路中央病院 様		予約票・結果送付先	☒ 事業所	☐ 本人
事業所所在地	〒 672-8048	担当者様： 姫中 様	結果必要部数	☒ 1 部	☐ 2 部
	兵庫県姫路市飾磨区三宅2丁目36		請求情報	☐ 全額個人負担 ☒ 全額事業所負担 ☐ 一部個人負担 ()	
TEL	079-235-7331	FAX	079-235-6009	Mail	〇〇〇〇〇〇〇〇

I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
	ヒメチュウ タロウ	☒ S 45 年 4 月 1 日	☒ 男	☒ 雇 用 前	☒ A コ ー ス	〇 月 △ 日	
	姫中 太郎	H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		
I D (記入不要)	フリガナ 氏名	生 年 月 日	性 別	受 診 目 的	受 診 コ ー ス	健 診 を 受 診 す る 日	備 考
		S	男	☐ 雇 用 前	☐ A コ ー ス	月 日	
		H	女	☐ 定 期	☐ B コ ー ス		

※各コースの検査項目は、ホームページに掲載しておりますので、ご確認の上、受診コースを選択してください。

医療法人公仁会 姫路中央病院附属クリニック
PET健診センター
TEL : 079-235-3600 FAX : 079-235-6009
Mail : pet@hc-hosp.or.jp

企業番号