****

**登録情報確認書**

一般社団法人　鶴岡地区医師会　荘内地区健康管理センター

〒997-0035　鶴岡市馬場町1-45　℡0235-22-6445

**ＦＡＸ送信票（Fax番号:0235-25-2216）1/2**

健康診断を下記のとおり申込みます。

**１．お客様情報**　　　　　　　　　　　　　　お申込日:令和　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | | ご担当者 |  |
| 1. 住　　　所 | 住所：〒 | | | | |
| Tel |  | Fax |  | |
| 質問票発送先 | **□①と同じ**  **□①と異なる**（住所：〒  　　　　　　　　　 Tel：　　　　　　　　　　ご担当者　　　　　 　　 　　　　） | | | | |
| 結果発送先  （本人用） | **□①と同じ**  **□①と異なる**（住所：〒    Tel：　　　　　　　　 ご担当者　　　 　　 　 　　　　　） | | | | |
| 結果送付先  （事業所用） | **□①と同じ**  **□①と異なる**（住所：〒  Tel：　　　　　　　　　 ご担当者　　　　　 　　　 　　　　） | | | | |
| 請求書発送先 | **□①と同じ**  **□①と異なる**（住所：〒  Tel：　　　　　　　　　ご担当者　　　　　　　 　　　　　） | | | | |
| 支払方法 | **別紙「２．健診料金支払方法の確認」へお進みください。** | | | | |



連絡欄