

事業所様 登録書

事業所様名	
ご住所	〒
TEL	
FAX	
ご担当者様名	
保険者様名称 <small>(ご不明の場合はお手持ちの 保険証をご確認ください)</small>	
代行機関名	代行機関様を通じてお申し込みされる場合、 または健診料金のご請求先が代行機関様宛となる場合には、必ずご記入ください

受検者様が持参される 利用券または受診券	有り	無し
医師問診・結果説明	必要	不要
健診結果表	新古賀クリニックの結果表でよい 事業所独自の結果報告書(紙またはデータ)がある (事業所様独自の結果報告書がある場合は、別途手数料がかかります)	
結果表のご送付先 (定期健診コースの方は 受検者様用も事業所へ お送りいたします)	受検者様用 (1部)	受検者様宛にお送りします 別の宛先への送付を希望される場合は宛先を ご記入ください <送付先ご住所>
	控え(1部)	事業所担当者様へ郵送 健保組合様へ郵送 代行機関様へ郵送 不要