

年 月 日  
送付枚数 1枚

御中
(FAX      -      -      )

## 健康診断申込書

以下のとおり、健康診断の申込みをいたします。

氏名・年齢 \_\_\_\_\_ (      才)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

性 別 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

受診予定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

住 所 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

健 診 内 容 産業機械健康保険組合 旧若年健診(法定項目)

(医師による問診、身体計測、視力・聴力、血圧測定、胸部X線、尿検査)

支 払 い 方 法 請求書による銀行振込(下記宛先へ 請求書を送付願います。)

### 《請求書 送付先》

株式会社アットキヤド 管理部 白川 宛

〒151-0053

東京都渋谷区代々木2-11-17

ラウンドクロス新宿7階

Tel: 03-5354-7553 fax: 03-5354-7573

お問い合わせは、(株)アットキヤド 管理部まで  
ご連絡いただきますよう、お願いいたします。