

令和※年度

重要

このFAXを送信してから1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いいたします。

脳ドック
PET-CTがん検診

《事業所用》北見赤十字病院専用申込書 ①

申込事業所名称	
申込事業所住所	〒
電話番号	こちらの番号にご連絡いたします
FAX番号	こちらの番号に予約確認FAXをいたします
ご担当者	

左記と送付先が違う場合はご記入ください

《案内キット送付先》

《請求書・事業所用結果送付先》

名称		名称	
住所	〒	住所	〒
	個人宅は記入しないでください		個人宅は記入しないでください
電話番号		電話番号	

支払い方法(どちらかに○をつけてください)	事業所	受診者
事業所様への健康診断結果表送付	必要	不要

- * 「必要」の場合は受診者本人の了承を得てください。
- * 全て受診者払いの場合は、事業主様への結果表送付はありません。

- ◆ 1週間経っても当院より電話やFAXがない場合は、お手数ですが連絡をお願いします。
- ◆ お支払い方法は事業所単位となります。受診者ごとはお引き受けいたしかねますのでご了承ください。
- ◆ 事業所様への請求書・結果表は、月末締め翌月10日の発送となります。(月下旬のご利用や検査内容により遅延することがございます)
- ◆ 受診者様が窓口支払いした領収書名は、受診者様のお名前になります。

病院使用欄

確認日時	月	日	時	分
<input type="checkbox"/> 本	<input type="checkbox"/> 会	<input type="checkbox"/> 会-2		
処理担当者				

