

新規事業所 登録用紙

松江生協健診センター
宛

《基本情報》

ふりがな

会社名

住所

〒 _____

電話番号

FAX番号

担当者名・部署名

保険者番号・記号

《各種郵送先》

案内

上記会社住所へ郵送 ・ その他住所の場合は下記へ記載

〒 _____

会社結果

上記会社住所へ郵送 ・ その他住所の場合は下記へ記載

〒 _____

個人結果

上記会社住所へ郵送 ・ その他住所の場合は下記へ記載

〒 _____

《請求先》

健診料金(本体部分)

会社請求 ・ 窓口請求

オプション料金

会社請求 ・ 窓口請求

当日追加オプション料金

会社請求 ・ 窓口請求

※請求先について上記以外の指定がある場合はお手数ですがお電話にてご連絡下さい。

TEL:0852-22-0843/FAX:0852-21-7350