

[FAX・郵送の場合]

※郵送の場合、同封の返信用封筒は切手を貼り付けてご使用ください。

FAX送信先 0570-057021

FAXの到着確認は送信後2~3日かかります。
左記のFAX番号がご利用いただけない場合は
【03-6659-7900】までお送りください

〈巡回健診専用〉

2025年度巡回健診予約申込書

88541

ご希望の健診会場コード・健診実施日をご記入ください。

ご希望のオプション検査に
チェックしてください。

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

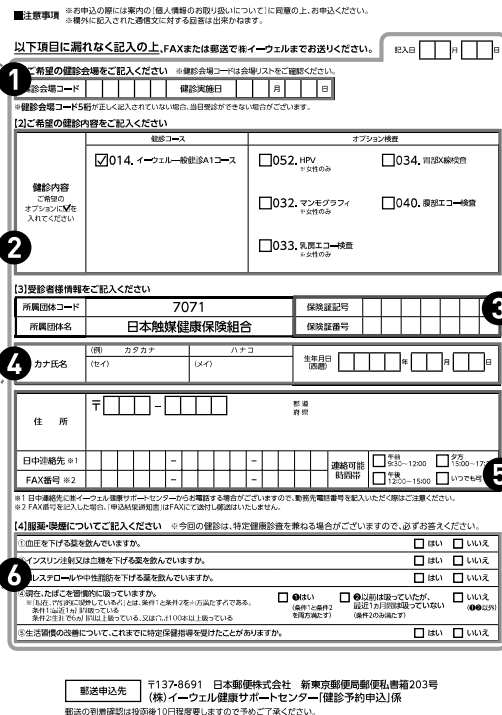
現時点のご状況にチェックしてください。

実際にご受診される方の情報をご記入ください。

日中連絡が可能な電話番号をご記入ください。(株)イーウェルや健診機関からご連絡を差し上げる場合がございます。

《FAX番号の記入あり》
ご記入いただいたFAX番号へFAX
で「申込結果通知書」を送付いたし
ます。

《FAX番号の記入なし》
ご記入いただいたご住所へ「申込
結果通知書」を郵送いたします。



巡回健診予約申込書は、機械により処理するため、
黒ボールペンで枠内に収まるように丁寧に記入ください。
尚、記載ミスに伴う誤送付などにつきまして、(株)イーウェルは責任を負いかねます。



 記入誤りの際は訂正する文字を二重線で消し、その下に修正内容をご記入ください。

 欄外に記入された通信文に対する回答は出来かねますのでご注意ください。

FAX・郵送での健診予約申込の際、以下のケースが多く発生しております。
巡回健診予約申込書にご記入の際、くれぐれもご注意ください。

 **健診会場の健診会場コードが異なっている**
「健診会場リスト」に記載されている健診会場コードをよくご確認ください、ご記入ください。

 **申込締切日が過ぎている健診会場が記載されている**
申込締切日が過ぎている健診会場に申込することは出来ません。
「健診会場リスト」に記載されている申込締切日(必着)を
ご確認くださいの上でご記入ください。

案内の「個人情報のお取り扱いについて」にご同意の上、FAXまたは郵送にてお申込ください。