

1 お客様情報登録書

※初年度のみご記入をお願いいたします。

☆赤線枠内をご記入ください。

年 月 日記入

お申込団体 (ご送付先①)	カナ) 団体コード	印
	〒 - 団体住所	TEL FAX ご担当者様 ご担当者様部署
ご加入の 健康保険組合	カナ)	保険者番号 保険記号
ご送付先②	〒 -	TEL ご担当者様 ご担当者様部署
ご送付先情報	受診券	<input type="checkbox"/> お申込団体(ご送付先①) <input type="checkbox"/> ご送付先② <input type="checkbox"/> その他()
	結果票	<input type="checkbox"/> お申込団体(ご送付先①) <input type="checkbox"/> ご送付先② <input type="checkbox"/> その他()
	会社控	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> お申込団体(ご送付先①) <input type="checkbox"/> ご送付先② <input type="checkbox"/> その他※特記事項欄にご記入ください
	請求書	<input type="checkbox"/> お申込団体(ご送付先①) <input type="checkbox"/> ご送付先② <input type="checkbox"/> その他※特記事項欄にご記入ください
お支払情報	コース料金	<input type="checkbox"/> お申込団体(後日) <input type="checkbox"/> 受診者様(当日) <input type="checkbox"/> その他※特記事項欄にご記入ください
	オプション料金	<input type="checkbox"/> お申込団体(後日) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他()
		<input type="checkbox"/> 受診者様(当日) <input type="checkbox"/> エコー <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> その他()
特記事項		

<スタッフ記入欄>

健康診断情報	[区分] <input type="checkbox"/> 来館 <input type="checkbox"/> 出張 <input type="checkbox"/> 年2回(夜勤、特殊等含む)
	<協会けんぽ> <input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診 <input type="checkbox"/> 差額付加健診 <input type="checkbox"/> 乳がん <input type="checkbox"/> 子宮がん <input type="checkbox"/> 差額人間ドック
	<事業所健診> <input type="checkbox"/> A(若年向け・夜勤) <input type="checkbox"/> A+血液 <input type="checkbox"/> B(定期・雇入・夜勤) <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> その他
	【注意事項】 <input type="checkbox"/> 受診券あり <input type="checkbox"/> 結果票等持込あり <input type="checkbox"/> 所見記入要 <input type="checkbox"/> その他
	[時間帯] <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> どちらでも可 [曜日] ()曜日 不可/希望 <input type="checkbox"/> 指定なし
[一日あたりの実施人数] <input type="checkbox"/> ()人~()人 <input type="checkbox"/> 全員同日 実施月(4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3)	
[労基関連] 産業医 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 報告書 <input type="checkbox"/> 要集計 <input type="checkbox"/> 用紙のみ	
特殊健診情報	<input type="checkbox"/> 有機溶剤 () <input type="checkbox"/> じん肺 <input type="checkbox"/> 騒音検査 <input type="checkbox"/> 特定化学物質 () <input type="checkbox"/> その他

〒426-0078 静岡県藤枝市南駿河台1丁目14番2号

志太医師会検診センター

TEL:054-645-1678/Fax: 054-645-1707

～受診者の皆様へ～

健診を申し込むにあたりお読みください。

(健康診断における契約の解除について)

健診申込者(以下「甲」という)が、志太医師会検診センター(以下「乙」という)と契約するにあたり、甲が次の各項目のいずれか一つにでも該当する場合には、通知または催告等なんらの手続きを要しないで直ちにこの契約を解除させていただきます。

- (1) 債務の履行を著しく遅滞したとき
- (2) 自己について破産、民事再生、会社更生もしくは特別清算の申立を行ったとき、またはこれらの申立が第三者からなされたとき、その他これらに準ずる事実があったとき
- (3) 解散その他これらに準ずる事実があったとき
- (4) その他、本契約を継続し難い事由があると認めるとき
- (5) 自らまたはその役員が暴力団、暴力団員、暴力団であった時から5年を経過しない者、暴力団準構成員、暴力団関係企業、総会屋その他これらに準ずる反社会的勢力に該当することが判明したとき
- (6) 自らまたは第三者を利用して、暴力的な要求行為、法的な責任を超えた不当な要求行為、取引に関して、脅迫的な言動をし、または暴力を用いる行為、風説を流布し、偽計を用いてまたは威力を用いて相手方の信用を毀損し、または相手方の業務を妨害する行為その他これらに準ずる行為を行ったとき

上記項目により本契約が解除された場合において、乙が被った損害について甲に賠償請求することを妨げのないものとさせていただきます。

(期限の利益の喪失)

甲は、前項の規定により本契約が解除されたときは、当然として期限の利益を喪失し、乙に対して負担する一切の債務を直ちに履行することとさせていただきます。

(協議事項)

上記に定めのない事項、あるいは契約条項に疑義が生じた場合は、甲乙で協議し、解決に努めることとさせていただきます。

以上につきまして、ご了承いただきますようよろしくお願いいたします。

一般社団法人 志太医師会
志太医師会検診センター