

予約申込書(FAX 用)

令和 年 月 日

FAX 029-888-0140

霞ヶ浦成人病研究事業団 健診センター

* ご希望のコースに「レ点」を付けお選び下さい(必須)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 人間ドック | <input type="checkbox"/> 定期健康診断 |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック | <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (マンモグラフィ検査) |
| <input type="checkbox"/> 併診ドック(人間ドック+脳) | <input type="checkbox"/> 乳がん検診 (超音波検査) |
| <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 | <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 |
| <input type="checkbox"/> 「〇〇がん検診」など具体的に検査内容をご記入ください | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

* 以下の項目をご記入ください。

フリガナ(必須) お名前(必須)	本人 ・ 配偶者 ・ 家族		
生年月日(必須)	T ・ S ・ H 年 月 日	性別(必須)	男 ・ 女
ご住所(自宅)	(〒)	TEL(必須)	() (携帯) ()
受診希望日(必須)	第1希望日	令和 年 月 日	曜日
	第2希望日	令和 年 月 日	曜日
	第3希望日	令和 年 月 日	曜日
保険証(必須) 記号・番号	記号	番号	健康保健組合の名称又は、保険者番号
勤務先名称	被保険者の方はご記入ください。		
勤務先住所 連絡先	〒	TEL	()
胃部検査	※人間ドック・併診ドック・生活習慣病健診をご希望の方は必ずお選びください。 希望しない ・ 希望する (バリウム ・ 内視鏡)		

※ 予約申込書をお送りいただく際には、番号のお掛け間違いに十分お気をつけください。

申込書が届きしだい5営業日(1週間)以内に折り返しご連絡いたします。

※ 受診希望日は1ヶ月以上、間隔をあけご指定くださいますようお願いいたします。

《個人情報について》

※ ご提出頂いた個人情報は、当健診センターの個人情報保護方針に基づき適正に管理します。

詳しくは、当健診センターホームページをご覧ください。