

FAX送信方向
【FAX : 029-888-0140】

健診(検診)予約申込書

申込書到着後5営業日以内に予約係よりご連絡いたします

申込日：令和 年 月 日

①受診希望のコースをお選びください☑

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 人間ドック ※ | <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診
◎胃部X線(バリウム) | <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) |
| <input type="checkbox"/> 脳ドック | <input type="checkbox"/> 定期健診 | <input type="checkbox"/> 乳がん検診(超音波) |
| <input type="checkbox"/> 併診ドック(人間ドック+脳ドック) ※ | | <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 |
| <input type="checkbox"/> その他『〇〇がん検診』など具体的にご記入ください
() | | |
- ※胃部検査をご選択ください
- | | | |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 胃部X線(バリウム) | <input type="checkbox"/> 胃部内視鏡(胃カメラ)
◎人間ドックのみ | <input type="checkbox"/> 希望しない(中止) |
|-------------------------------------|--|------------------------------------|

②受診希望日を第3希望まで1ヶ月以上間隔をあけてご記入ください

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

③受診者様情報

フリガナ
お名前 男 女 生年月日 昭・平 年 月 日 (歳)
Name Birthday 西暦

〒
ご住所 都 道 府 県
Address ※マンション名のご記入もお願いいたします。

お電話番号 日中に連絡可能な電話番号 Eメールアドレス
Phone number - - E-mail address

保険証 保険者名または保険者番号：
□マイナ保険証 保険証記号： 保険証番号：
□資格確認書
□資格情報のお知らせ 加入区分： □本人・□配偶者・□家族
名称： ※加入区分が配偶者・家族の方は被保険者の勤務先

勤務先 〒
TEL： - -

《個人情報について》

ご提供いただいた個人情報は、当センターの個人情報保護方針に基づき適正に管理いたします。
詳しくは、当センターのホームページをご覧ください。□

