

御中

(人間ドック(1),(2)とオプションは同時にご受診できません。)

- 定期健康診断 I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん申込書 -

人間ドック・脳、認知症ドック・子宮がん検診は別紙申込書もご記入ください

下記をご記入の上、当クリニックまでFAXをお願いいたします。ご希望を頂戴しましたら、日時調整のうえ、ご連絡させていただきます。後日、健診書類一式をご郵送いたします。

返信先FAX:042-518-7416

事業所様名称		ご担当者様御芳名	
ご住所	〒	健康保険証記号	
お電話番号:	FAX番号:	健康保険組合名	

No.	健康保険証の個人番号	フリガナ	性別	生年月日	年齢	健診コース	健診を希望される日時			オプション	
		健診者様氏名					第一希望 時間	第二希望 時間	第三希望 時間		
1			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
2			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
3			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
4			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
5			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
6			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
7			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
8			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
9			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査
10			女・男	昭和・平成 年 月 日		I, II・人間ドック(1),(2)・脳、認知症ドック・子宮がん	月 日		月 日	月 日	大腸がん・前立腺がん ABC検診 経膈超音波・HPV検査

※ご希望されるお時間を御記載ください。

人数が多い場合はコピーして使用してください。

受付時間	※健診は年末年始はおこなっておりません。	①受診希望日時のご記入が無い場合、当院で決定させていただきます。 ②予約状況・検査内容によって、ご希望のお時間に予約が出来ない事がございますので御了承下さい。
① 9:00 ② 9:30 ③ 10:00 ④ 10:30 ⑤ 11:00 ⑥ 11:30 ⑦ 16:00 ⑧ 16:30 ⑨ AMいつでも ⑩ PMいつでも		

- FAX返信先:042-518-7416 -

医療法人社団 みやびの会  
あきる野総合クリニック  
Tel. 042-518-7415  
同意しません

別紙「定期健康診断等について」に記載された内容をご確認ください。右チェックボックスにレ点をお願いします。

同意します

同意しません