

御中

-定期健康診断 I, II・人間ドック(1),(2)・脳ドック・子宮がん検診申込書-

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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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)・脳ドック・子宮がん	月	日		月	日		月	日	大腸がん・前立腺がん・ABC 腹部超音波・MRCP検査 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、祝日・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、当クリニックで決定させていただきます。 ②予約状況・検査内容により、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。
①9:00 ②9:30 ③10:00 ④10:30 ⑤11:00 ⑥AMいつでも 子宮がん検診 ⑦14:00 ⑧14:30 ⑨15:00 ⑩15:30 ⑪16:00 ⑫16:30 ⑬17:00		

- 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

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