

-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、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		ご担当者様名
ご住所	〒	
お電話番号	FAX番号	

No.	フリガナ 健診者様氏名	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
						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。

受付時間	※健診は、日曜日・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(第2,4木曜日) ①9:00 ②9:30 ③10:00 ④10:30 ⑤11:00 ⑥11:30 ⑦12:00 ⑧14:00 ⑨14:30 ⑩15:00 ⑪15:30 ⑫16:00 ⑬16:30 ⑭17:00

人数が多い場合はコピーして使用してください。

- 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