

御中

# - 定期健康診断・人間ドック・脳ドック申込書 -

人間ドック・脳ドック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(○で囲んでください)	健診を希望される日時						希望追加検診(○で 囲んでください)
		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・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
2				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
3				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
4				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
5				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
6				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
7				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
8				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
9				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん
10				女・男	昭和・平成 年 月 日		I・II・人間ドック・脳ドック	月 日		月 日		月 日		胃がん・肺がん・大腸 がん・前立腺がん

※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、当院で決定させていただきます。
① 8:30 ② 9:00 ③ 9:30 ④ 10:00 ⑤ 10:30 ⑥ 11:00		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。
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  
こばやし内科小児科クリニック