

御中

# 一定期健康診断・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 ③9:30 ④10:00 ⑤10:30 ⑥11:00		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 ⑨AMいつでも ⑩PM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

別紙「定期健康診断等について」に記載された内容を確認ください。 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。