

予約受付 行

FAX 健診予約申込書

協会けんぽの方は別のお申込み用紙となります

ご予約希望日時①※	平成 年 月 日 ()	ご予約希望日時②※	平成 年 月 日 ()
フリガナ			
受診者ご氏名※			性別 男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日		年齢 才
ご住所※	〒		
お電話番号(ご自宅)※			日中のご連絡先 (携帯・勤務先)※
折返し希望日時※	月 日	折返し時間帯 (複数可)※	9:00~12:00 ・ 12:00~15:00 ・ 15:00~17:00

健康保険組合※			
保険者番号※			続柄 本人 ・ 家族 本人との続柄 ()
記号・番号※	.		
被保険者名			
勤務先名称			勤務先電話番号
勤務先住所	〒		

※印のついた項目は必須項目となりますので必ずご記入をお願いいたします。

■胃カメラ希望の有無と検査方法に○をつけて選択してください。

胃カメラ希望	有 ・ 無	検査方法	経鼻 ・ 経口
--------	-------	------	---------

※但し、ご希望に沿えない場合もありますので、あらかじめご了承くださいませ。

その他・ご要望等

【ご注意】

- この健診予約申込書をお送りいただいてから当施設より確認のご連絡をいたします。お打ち合わせの後、ご予約の完了となります。
- 申込書にご記入いただいた内容につきましては、健康診断の予約申込としての目的以外には一切使用いたしません。

ご予約申し込みFAX番号 : 072-224-1500