

申 込 書

年 月 日

FAX 044-822-3538

高津中央クリニック 行き

電話受付 平日 : 8時30分~12時・13時30分~17時
土曜日 : 8時30分~12時30分 ※日曜・祝祭日は休診

※必要事項すべてをご記入の上、ご送信下さい。

ご連絡先・送付先

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-----|--|---------|--|--|--|-------|--------|--|--|--|--|
| ご加入の 保険者名称 | | | | | | | 保険者番号 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 事業所名 | 〒 | | 都・道・府・県 | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先 | TEL | | | | | | | ご担当者様名 | | | | |
| | FAX | | | | | | | | | | | |

| NO | 予約希望日 | 受診コース | 氏名(フリガナ) | 性別 | 生年月日 | ご住所(ご自宅への資料送付をご希望の場合には、ご記載ください)・ご連絡先 | | 追加・備考 |
|----|--------|---------|----------|-----|----------|--------------------------------------|-----|--|
| 1 | 第一希望 / | 日帰ドック | フリガナ: | 男・女 | S・H . . | 〒 | TEL | マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮がん・子宮エコー 胃カメラ(経口・経鼻) |
| | 第二希望 / | 生活習慣病健診 | | | 保険証記号・番号 | | | |
| | 第三希望 / | | | | . | | | |
| | | 定期健診 | | | | | | |
| 2 | 第一希望 / | 日帰ドック | フリガナ: | 男・女 | S・H . . | 〒 | TEL | マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮がん・子宮エコー 胃カメラ(経口・経鼻) |
| | 第二希望 / | 生活習慣病健診 | | | 保険証記号・番号 | | | |
| | 第三希望 / | | | | . | | | |
| | | 定期健診 | | | | | | |
| 3 | 第一希望 / | 日帰ドック | フリガナ: | 男・女 | S・H . . | 〒 | TEL | マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮がん・子宮エコー 胃カメラ(経口・経鼻) |
| | 第二希望 / | 生活習慣病健診 | | | 保険証記号・番号 | | | |
| | 第三希望 / | | | | . | | | |
| | | 定期健診 | | | | | | |
| 4 | 第一希望 / | 日帰ドック | フリガナ: | 男・女 | S・H . . | 〒 | TEL | マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮がん・子宮エコー 胃カメラ(経口・経鼻) |
| | 第二希望 / | 生活習慣病健診 | | | 保険証記号・番号 | | | |
| | 第三希望 / | | | | . | | | |
| | | 定期健診 | | | | | | |
| 5 | 第一希望 / | 日帰ドック | フリガナ: | 男・女 | S・H . . | 〒 | TEL | マンモグラフィ・乳腺エコー 子宮がん・子宮エコー 胃カメラ(経口・経鼻) |
| | 第二希望 / | 生活習慣病健診 | | | 保険証記号・番号 | | | |
| | 第三希望 / | | | | . | | | |
| | | 定期健診 | | | | | | |

- 予約の確定について・・・FAX到着後、順次予約登録を行います。こちらからFAXまたは電話にて御連絡をさせていただきます。
- 健診料金の御支払いについて・・・当日窓口にて御支払い下さい。
- 胃カメラに変更した場合には、経口タイプ4,400円、経鼻タイプ5,500円の追加料金が発生致します。