

この方向に入れてください

医療法人 岩切病院
医事課 担当者 行

《企業・個人兼用申込書》

人間ドックFAX申込書

年 月 日

| ① 企業様ご記入覧 | | | | |
|--|--------------------|-------|-------|-------------|
| フリガナ | フリガナ | お申込人数 | | |
| 会社名 | 代表者氏名 | 人 | | |
| ご住所 〒 | 都 道 区 市 府 県 町 村 | 電話番号 | () | |
| ② 個人様ご記入覧 | | | | |
| フリガナ | 生年月日 | 年齢 | 歳 | |
| 氏名 | 明 大 昭 平 年 月 日 | 性別 | 男性・女性 | |
| ご住所 〒 | 都 道 区 市 府 県 町 村 | 電話番号 | () | |
| 電話番号 () | 日中連絡可能な電話番号 | () | | |
| ③ ご希望の人間ドックのコースに○を付けて下さい。 《個人・企業共通》 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 半日コース ・ <input type="checkbox"/> その他・追加検査 | | | | |
| ④ 追加検査をご希望の方は、ご希望されます検査内容に○を付けて下さい。 《個人・企業共通》 | | | | |
| 1. 頭部CT検査 2. 胸部CT検査 3. 前立腺腫瘍(PSA)マーカー(男性のみ) 4. 骨密度検査(女性のみ) 5. 大腸内視鏡検査(一泊二日) 6. その他() | | | | |
| ⑤ 検査希望日(第一希望から第三希望日まで異なる日付をご記入ください。) 《個人・企業共通》 | | | | |
| 第1希望日: | 年 | 月 | 日 | |
| 第2希望日: | 年 | 月 | 日 | |
| 第3希望日: | 年 | 月 | 日 | |
| ⑥ 企業で申込みの方で複数の方がいらっしゃる場合にご記入ください。 | | | | |
| 氏名 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 申込みコース |
| | 男性・女性 | 年 月 日 | 歳 | 半日コース ・ その他 |
| | 男性・女性 | 年 月 日 | 歳 | 半日コース ・ その他 |
| | 男性・女性 | 年 月 日 | 歳 | 半日コース ・ その他 |
| | 男性・女性 | 年 月 日 | 歳 | 半日コース ・ その他 |
| | 男性・女性 | 年 月 日 | 歳 | 半日コース ・ その他 |

※申込み受領・詳細事項の確認のため、後日 お申込み頂いた方へお電話にてご連絡させていただきます。
※検診希望日・追加検査など必ずしもご希望に添えない場合がございます。予めご了承の程、宜しくお願いいたします。

FAX 022 (255) 5581