

# 人間ドックFAX申込書

下記項目について記入、または該当するものに○を付けてください。  
記入後、当院にFAX(0250-47-8728)をお願いいたします。

申込書受信後、当院より確認のお電話をさせていただきますので、よろしくお願い  
いたします。

名前(カナ)	様		
名前(漢字)	様		
生年月日	昭・平・令	年	月 日
区分	一般・公立学校・市町村職員・地方職員		
当院受診歴	なし・あり(診察券番号 )		
追加項目	なし・あり		
	追加項目「あり」の場合は、ご希望の項目の□にレ点を入れてください。 大腸内視鏡以外は、受診当日の追加も可能です。		
受診希望日	第1希望	月	日 ( )
	第2希望	月	日 ( )
	第3希望	月	日 ( )
書類郵送先住所	〒 —		
電話番号	— —		
電話連絡ができない曜日や時間帯がありましたらご記入ください。			