

健康診断申込書

会社名

お申込日 令和 年 月 日

寺田病院健診センター

【FAX：0595-63-9002】

③会社用健康診断申込書と共に送信してください。

電話

担当者名

★受診コース「その他」会社指定の検査項目があればあわせて送信してください。

※希望日が特にならない場合は、〇月の〇曜日などご記入ください。日程を調整し返信いたします。

※キャンセル希望項目があれば、その他オプション検査欄に〇〇検査キャンセルとご記載ください。

※女性の方へ：木曜日は、乳がん・子宮がん検診の希望者のみ予約可となります。

※乳がん検診ご希望の方へ：ご希望の検査をご記載ください。（マンモグラフィー、乳腺エコー検査）

※胃検査の希望については必ず、受診者本人にご確認ください。当日の変更はいたしかねます。

※協会けんぽは別に申込書があります。

(用紙の左下もご確認ください)

| 保険証 番号 | フリガナ | | 性別 | 生年月日 | 希望日 (〇/〇) ※申込日より4週間以降の お日にちをご記入ください | | | 予約決定日 (病院使用欄) | 受診コース | 健康保険組合など コースあり | オプション検査など (希望があれば記載してください) | 住所・電話番号 (初受診・前回から変更あり) |
|-----------|------|-----|----|-------------|---|-----------|------------|------------------|---|-------------------|--------------------------------|---|
| | 氏名 | 年齢 | | | 第1 | 第2 | 第3 | | | | | |
| 1 | テラダ | ケンコ | 女 | 昭 ・ 平 | 51.4.5 | 第1 5/1 | 第2 5/25 | 第3 6/19 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input checked="" type="checkbox"/> その他 (★) | 生活習慣病予防健診A | 胃カメラ (口) マンモグラフィー 子宮がん検診 | 〒518-0441 三重県名張市夏見3260-1 TEL 0595-63-9001 |
| | | | | 昭 ・ 平 | | 第1 | 第2 | 第3 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> その他 (★) | | | 〒 TEL |
| | | | | 昭 ・ 平 | | 第1 | 第2 | 第3 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> その他 (★) | | | 〒 TEL |
| | | | | 昭 ・ 平 | | 第1 | 第2 | 第3 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> その他 (★) | | | 〒 TEL |
| | | | | 昭 ・ 平 | | 第1 | 第2 | 第3 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> その他 (★) | | | 〒 TEL |
| | | | | 昭 ・ 平 | | 第1 | 第2 | 第3 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> その他 (★) | | | 〒 TEL |
| | | | | 昭 ・ 平 | | 第1 | 第2 | 第3 | <input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> その他 (★) | | | 〒 TEL |

【希望日
について】
チェックをい
れてください

全員、別日希望
 同日予約 (全員、同日希望)
 その他、条件 ()
 特に条件なし

医療法人 寺田病院 健診センター

お問い合わせ TEL：0595-41-2323

| | |
|-------|----|
| 返送日 | 担当 |
| 年 月 日 | |