

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】

会社用健康診断申込書と共に送信してください。

※協会けんぽは別に申込書があります。

★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。振り当てます。

※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。

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	/	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 /	/			〒 TEL
				昭 ・ 平		第1 /	第2 /	第3 /	/			〒 TEL
				昭 ・ 平		第1 /	第2 /	第3 /	/			〒 TEL
				昭 ・ 平		第1 /	第2 /	第3 /	/			〒 TEL
				昭 ・ 平		第1 /	第2 /	第3 /	/			〒 TEL
				昭 ・ 平		第1 /	第2 /	第3 /	/			〒 TEL

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	