

# 人間ドック 申込書

【お申込日 年 月 日】

ご希望日は、お申込日から おおよそ1ヶ月以上あけてご記入ください。		人間ドックと併せて 受診する場合は ○で囲んでください	
第1希望日	年 月 日 ( 曜日 )	子宮がん 検 診	※乳がん 検 診
第2希望日	年 月 日 ( 曜日 )	子宮がん 検 診	※乳がん 検 診
第3希望日	年 月 日 ( 曜日 )	子宮がん 検 診	※乳がん 検 診

土日祝日は休診

	月	火	水	木	金
人間ドック	●	●	●	●	●
子宮がん 検 診	×	●	●	●	●
※乳がん 検 診	●	●	●	×	●

※ 乳がん検診はマンモグラフィ撮影のみとなります。撮影は人間ドック受診日の前日までに中通総合病院で行います。撮影日時を決めますので、ご案内資料が届きしだい当クリニックへ連絡をお願いいたします。

カナ氏名		性 別	男 ・ 女
漢字氏名		生年月日	年 月 日
住 所	〒		
連絡先	日中ご連絡のとれる電話番号		
	携帯		自宅

ご案内資料の送り先が違う場合はご記入ください。

資料送り先 住 所	〒
--------------	---

事業所の人間ドックの方はご記入ください。

事業所名	
住 所	〒
電 話	

備 考

.....

.....

.....

FAXの内容を確認後、こちらからご連絡いたします。その際、オプション検査等もお伺いいたします。