

一般健診・生活習慣病健診 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。健診日は 火曜・木曜 です。		健診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

※ 乳がん検診はマンモグラフィ撮影のみとなります。撮影は健診日の前日までに中通総合病院で行います。
 (木曜および土日祝日は撮影はありません)
 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	〒
---------	---

事業所の健診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。