

健康診断・人間ドックFAX申込書①

申込日： 年 月 日

【お申込み方法】

- ① 健康診断・人間ドック申込書 ①と②をご記入ください。
- ③ ご記入後は、**健康診断・人間ドック申込書 ①と②を人間ドック室へFAXをお願いします。**
- ④ FAX送信後、わからない事がありましたら、人間ドック室より連絡いたします。
FAX送信後3日以上経過しても連絡がない場合は、FAX不着等も考えられますので、お手数ですが、お電話くださいますようお願いいたします。

※被扶養者の方は、全国健康保険協会の生活習慣病予防健診は、受診できません。

▼お客様情報

事業所名称	(フリガナ)		
	ご担当者名		
住 所	〒 -		
電 話 番 号	- -	F A X 番 号	- -
加入健康 保険組合	保険者番号	保険証記号	

▼健康診断内容等

問診票送付先	<input type="checkbox"/> 企 業 <input type="checkbox"/> 個 人
健康診断 人間ドック結果送付先	<input type="checkbox"/> 企 業 <input type="checkbox"/> 個 人
健診結果一覧表 (企業様用)	<input type="checkbox"/> 必 要 <input type="checkbox"/> 不 要 ※ 健診結果一覧表が必要な場合、承諾書の用紙をお送りいたします。 必要事項を記入していただき、お持ち願います。
お支払方法	<input type="checkbox"/> 個人支払い <input type="checkbox"/> 企業請求 <input type="checkbox"/> 企業請求でオプションのみ個人支払

ご予約申込みFAX番号:0763-53-2267

お問い合わせ：公立南砺中央病院 人間ドック室

電話番号：0763-53-0001（電話対応時間：午後2時～午後4時30分まで）

ご記入いただきました情報は、健康診断の受付・各種連絡情報提供等の利用目的のため使用させていただきます。あらかじめご了承ください。

健康診断・人間ドック F A X 申込書②

◎ 子宮がん検診を希望される方…… 毎月 第2・第4月曜日のみです。

※ 初めて当院を利用される方、住所や電話番号等に変更のある方は、記入願います。

(人間ドック室FAX番号：0763-53-2267)

No	記入しないで ください ID	保険証番号	氏名	性別	生年月日	健診コースを 記入ください	胃カメラ有・無 を記入ください	オプションを記入ください	健診希望日	確 定 日
1			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							
2			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							
3			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							
4			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							
5			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							
6			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							
7			フリガナ	男・女	年 月 日		有 ・ 無		月 日 ()	月 日 ()
※住所		〒 -	電話番号 (自宅 ・ 携帯)							

日にちが決まりましたらFAXします



御中