

日新会病院 健康診断申込用紙

FAX 06-6531-2609

・個人健診

企業名	ご担当者
TEL	FAX

・企業健診 ⇨

①

ふりがな		男・女
氏名		
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	日中ご連絡の出来るお電話番号 — —

以下、○印をお付けください。

健診コース						オプション(左記のコースにプラス)	
A	B(I)	B(II)	C	D	人間ドック (半日コース)	肺気量検査	¥1,000
¥4,320	¥7,020	¥8,640	¥19,440	保険点数に 準ずる	¥48,600	骨量検査	¥1,000
						前立腺癌検査(PSA)	¥1,000
						その他の検査	保険診療
(内容はお問い合わせください) の10割							

希望日時	第1希望	月 日() : ~
	第2希望	月 日() : ~

※予約状況によりご希望の日時に添えない場合がございます。日程調整の上お電話させていただきます。

②

ふりがな		男・女
氏名		
生年月日	大・昭・平 年 月 日生	日中ご連絡の出来るお電話番号 — —

以下、○印をお付けください。

健診コース						オプション(左記のコースにプラス)	
A	B(I)	B(II)	C	D	人間ドック (半日コース)	肺気量検査	¥1,000
¥4,320	¥7,020	¥8,640	¥19,440	保険点数に 準ずる	¥48,600	骨量検査	¥1,000
						前立腺癌検査(PSA)	¥1,000
						その他の検査	保険診療
(内容はお問い合わせください) の10割							

希望日時	第1希望	月 日() : ~
	第2希望	月 日() : ~

※予約状況によりご希望の日時に添えない場合がございます。日程調整の上お電話させていただきます。

- *この用紙を印刷、ご記入の上FAXにてお申し込みください。
- *同時に2名以上でのお申込みの場合はこの用紙をコピーしてお使いください。
- *予約状況によりご希望の日時に添えない場合がございます。
日程調整の上お電話させていただきます。
- *直接、お電話でのお申込みも可能です。お気軽にお問い合わせください。
(TEL:06-6531-3038)

※今回取得した個人情報につきましては、健康診断に関わる業務以外の目的で使用されることはありません。