

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。