

日新会病院 健康診断申込用紙

FAX 06-6531-2609

・ 個人健診

企業名	ご担当者様
TEL	FAX

・ 企業健診 ⇐⇒

①

ふりがな	
氏名	男 ・ 女
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) ¥49,500 保険点数に 準ずる	肺気量検査 ¥1,000
¥4,400	¥7,150	¥8,800	¥19,800			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

\* 価格は税込み

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	
氏名	男 ・ 女
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) ¥49,500 保険点数に 準ずる	肺気量検査 ¥1,000
¥4,400	¥7,150	¥8,800	¥19,800			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

\* 価格は税込み

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。