

# 日新会病院 健康診断申込用紙

FAX 06-6531-2609

・企業健診→

企業名 (担当者様)	住所
TEL	FAX

\*個人健診・企業健診記入欄

ふりがな	ふりがな
氏名	住所
生年月日	日中ご連絡の着くお電話番号
大・昭・平 年 月 日生 歳 男・女	— —

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	協会健保	人間ドック	胃カメラ検査へ変更 (Cコース/協会)	¥2,200
						肺気量検査	¥1,100
						骨量検査	¥1,100
A	B(I)	B(II)	C	協会健保 生活習慣病健診(基本)	人間ドック (半日コース)	胃透視のみ (単検査)	¥5,500
¥4,400	¥7,150	¥8,800	¥13,200	¥5,500	¥49,500	胃カメラのみ (単検査)	¥7,700
						協会健保の節目健診についてはご相談下さい。 腹部エコー・眼底カメラ・肺機能・血液検査項目追加等	¥2,780 40-70歳まで5年毎

\*【平日】ご希望最終予約受付時間のお知らせ

半日ドック	14時まで
B(II)・C・特定健診カメラ検査	15時まで
B(II)・C・特定健診	16時まで
A・B(I) コース	16時半まで

\*ご希望日時

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、お電話をさせていただきます。

\*【土曜日】ご希望最終予約受付時間のお知らせ

半日ドック	9時半まで
B(II)・C・特定健診カメラ検査	10時半まで
B(II)・C・特定健診	11時半まで
A・B(I) コース	12時まで

検診担当: 管理部

- \*この用紙をご記入の上、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。
- \*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 (代表)

\*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