申込日：　　年　　月　　日

生活習慣病予防健診予約申込書ファックス用紙

医療法人 和倉会 サンタマリア病院　健診事業部

072-627-3724

（24時間受け付け中）

この申込書を受信後、当院より3営業日以内に**予約日時の確認のご連絡**を差し上げます。お電話での確約をもって、お申込みの成立となります。なお、ご希望日は3週間程度の余裕を持ってお申込みをお願いいたします。

☐ 事業所でお申込み　　☐ 個人でお申込み

↓スマホからお申込み↓

事業所名			
ご連絡先	〒　　- TEL（　　）　　-		
ふりがな 担当者氏名		部署	

希望日	第1	年　月　日	第2	年　月　日	第3	年　月　日
時間（☑）		☐9時台　☐14時台 ☐10時台　☐15時台 ☐11時台		☐9時台　☐14時台 ☐10時台　☐15時台 ☐11時台		☐9時台　☐14時台 ☐10時台　☐15時台 ☐11時台

※受診される方の**氏名**、**性別**、**生年月日**、**日中連絡の取れる電話番号等**をご記入ください

追加オプション検査希望（☑）

1	ふりがな		保険者番号:		☐ 乳がんマンモグラフィー検査 ☐ 乳がんエコー検査に変更（自費） ☐ 子宮頸がん検診 ☐ 胃カメラ検査に変更（月・火・水、受付可） ☐ 肝炎ウイルス検査 ☐ 付加健診
	氏　名		記号: 番号:		
	生年月日	年　月　日（　歳）	☐男　・　☐女		
	電話番号	（　　）　-	女性医師／女性技師	☐希望する ☐どちらでも	
2	ふりがな		保険者番号:		☐ 乳がんマンモグラフィー検査 ☐ 乳がんエコー検査に変更（自費） ☐ 子宮頸がん検診 ☐ 胃カメラ検査に変更（月・火・水、受付可） ☐ 肝炎ウイルス検査 ☐ 付加健診
	氏　名		記号: 番号:		
	生年月日	年　月　日（　歳）	☐男　・　☐女		
	電話番号	（　　）　-	女性医師／女性技師	☐希望する ☐どちらでも	
3	ふりがな		保険者番号:		☐ 乳がんマンモグラフィー検査 ☐ 乳がんエコー検査に変更（自費） ☐ 子宮頸がん検診 ☐ 胃カメラ検査に変更（月・火・水、受付可） ☐ 肝炎ウイルス検査 ☐ 付加健診
	氏　名		記号: 番号:		
	生年月日	年　月　日（　歳）	☐男　・　☐女		
	電話番号	（　　）　-	女性医師／女性技師	☐希望する ☐どちらでも	

医療法人 和倉会 サンタマリア病院
健診事業部