

# 生活習慣病予防健診ファックス予約申込書(協会けんぽ用)

医療法人 和倉会 サンタマリア病院 健診事業部

 0 7 2 - 6 2 7 - 3 7 2 4

( 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、ご予約の成立となります。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 ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<input type="checkbox"/> 9時台 <input type="checkbox"/> 14時台		<input type="checkbox"/> 9時台 <input type="checkbox"/> 14時台		<input type="checkbox"/> 9時台 <input type="checkbox"/> 14時台
		<input type="checkbox"/> 10時台 <input type="checkbox"/> 15時台		<input type="checkbox"/> 10時台 <input type="checkbox"/> 15時台		<input type="checkbox"/> 10時台 <input type="checkbox"/> 15時台
		<input type="checkbox"/> 11時台		<input type="checkbox"/> 11時台		<input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> 乳がんマンモグラフィー検査 <input type="checkbox"/> 乳がんエコー検査に変更 (自費) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査に変更 (月・火・木・金受付可) <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 付加健診
	氏名		記号: 番号:	
	生年月日	年 月 日 ( 歳 )	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女	
	電話番号	( ) -	女性医師/ 女性技師 <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> どちらでも	

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

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