

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

 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**予約日時の確定のご連絡**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。ご了承のほどお願いいたします

事業所でお申込み 個人でお申込み

所在地/ ご住所	〒 -		
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 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"/> 16時台		<input type="checkbox"/> 11時台 <input type="checkbox"/> 16時台		<input type="checkbox"/> 11時台 <input type="checkbox"/> 16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**をご記入ください

追加オプション検査希望 (☑)

1	ふりがな			<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 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査に変更 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 付加健診
	氏 名			
	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			<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 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査に変更 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 付加健診
	氏 名			
	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			<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 <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診 <input type="checkbox"/> 胃カメラ検査に変更 <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査 <input type="checkbox"/> 付加健診
	氏 名			
	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	