

# アルパーク検診クリニック

## FAX・メール予約申込票

**FAX: 082-501-1083**  
**MAIL: [info@hkenkoukai.jp](mailto:info@hkenkoukai.jp)**

どちらか○をご記入ください

受診歴 : あり ・ なし

ふりがな 名前					
生年月日	T / S / H . . . . .				
希望される健診の種類 該当するものに○を記入	宿泊ドック	人間ドック	成人病検診	全国健康保険協会 生活習慣予防健診 (一般/付加/ドック)	雇入れ、又は定期検診 (労働安全衛生法に準ず る)
希望日	第1希望 R . . . . .	第2希望 R . . . . .	第3希望 R . . . . .	第4希望 R . . . . .	第5希望 R . . . . .
健診セット送付先住所	ご自宅 / 会社(名称: ) / 別宅( 様方)				
	〒 - 都・道・府・県				
	市・区・町・村		丁目	番地	マンション名:
保険証情報	保険者番号 / 記号		/ 番号		
	健康保険組合、又は共済組合の名称:			事業所名称:	
胃の検査 (雇入れ・定期検診の方はなし)	バリウム / 内視鏡 / なし				
乳がん検査(女性のみ) 希望の方は○を記入	マンモグラフィ2方向(触診含) / マンモグラフィ1方向(触診含) / 超音波(触診含)				
子宮がん検査(女性のみ) 希望の方は○を記入	子宮頸部細胞診				
その他ご希望のオプション があればご記入ください					
通信欄 (何かあればご記入ください)					
<b>折り返しのご連絡先</b>	TEL:		FAX:		

※内容確認後、折り返しご連絡いたします。ご連絡には多少お時間を頂く場合がございます。あらかじめご了承ください。