

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

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 . .		性別 どちらか○をご記入ください	男性 ・ 女性	
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/節目/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 / マンモグラフィ1方向 / 超音波				
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)					
折り返しのご連絡先	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。