

健康診断申込書

本FAXでは予約確定にはなりません。

ご連絡いただいた情報を元に、弊社予約担当から折り返しお電話いたします。

法人様並びに団体様でのお申し込みは、予約専用ダイヤルTel045-864-0077までお願いいたします。

枠内の項目についてご記入ください。

フリガナ		生年月日	申し込日	年	月	日
		T・S・H	年	月	日	
氏名	様	性別	男	女	年齢	歳
住所	〒					
連絡先 <small>いずれか必須</small>	自宅	携帯				
以前に当健診センターで健診を受けたことがありますか？			ある ・ ない			

ご希望の受診日を記入してください。

第1希望	月	日	()	※希望日は申込日から3週間以降でお願いいたします。 ホームページ上の予約受付状況もご参考ください。
第2希望	月	日	()	
第3希望	月	日	()	

お電話がつながり やすい時間帯	自宅・携帯	平日午前中 平日午後	土曜日午前中 その他(具体的に)
--------------------	-------	---------------	----------------------

ご希望の健診種類をご選択ください

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 人間ドック | <input type="checkbox"/> 生活習慣病健診 |
| <input type="checkbox"/> 一般健康診断(特定健診対応) | <input type="checkbox"/> 特定健診(特定健康診査) |
| <input type="checkbox"/> 定期健康診断(35歳及び40歳未満) | <input type="checkbox"/> 定期健康診断(40歳未満35歳除く) |
| <input type="checkbox"/> その他の健診 (具体的に) | |

オプション検査をご希望される場合は、ご希望の検査種類をご記入ください

()

所属する健康保険組合名・国民健康保険組合名・共済組合名をご記入ください

わからない場合は空欄でかまいません。 例: 協会けんぽ、〇〇健康保険組合、〇〇国民健康保険組合等

()

本FAXが誤送付された場合、お手数ですが下記までご連絡ください。

〒244-0003 横浜市戸塚区戸塚町3970-5 戸塚共立メディカルサテライト健診センター

電話 045-869-4601