

町立別海病院 健康診断申込書（事務課医事担当行 FAX：0153-75-2974）

【注意事項】

- ・ 一週間以内のご予約は、直接事務課医事担当（TEL：0153-75-2311）へお電話ください。
- ・ 検査枠に限りがありますので、F A Xのみでの予約はできません。
F A X確認後、担当者からお電話させていただき、そこで予約確定となりますのでご了承ください。

※ 事業所でお申し込みの場合は記入してください。

事業所名	
担当者名	
住 所	〒
電話番号	
FAX番号	

【健診を受診される方の情報をご記入ください。】

ふりがな 氏 名	性別	生年月日	診察券番号 (持っていない場合は空欄)	希望する健康診断 (いずれかを○で囲んでください)					健診希望日等		予約枠確認検査
	男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日		予 防 健 診 慣 病	生 活 日 帰 リ ド ッ ク	特 定 健 診	特 定 健 診 プ ラ ス	総 合 健 診	第1希望	年 月 日()	胃カメラ（口・鼻）
									第2希望	年 月 日()	子宮がん検診（あり・なし）
									第3希望	年 月 日()	乳がん検診（あり・なし）
住 所	〒								電 話	()	その他オプション
									携帯電話	- -	

ふりがな 氏 名	性別	生年月日	診察券番号 (持っていない場合は空欄)	希望する健康診断 (いずれかを○で囲んでください)					健診希望日等		予約枠確認検査	
	男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日		予 防 健 診	生 活 習 慣 病	日 帰 り ド ック	特 定 健 診	特 定 健 診 プ ラ ス	総 合 健 診	第1希望	年 月 日()	胃カメラ (口・鼻)
										第2希望	年 月 日()	子宮がん検診 (あり・なし)
										第3希望	年 月 日()	乳がん検診 (あり・なし)
住 所 〒 -									電 話	()	その他オプション	
									携帯電話	- -		
ふりがな 氏 名	性別	生年月日	診察券番号 (持っていない場合は空欄)	希望する健康診断 (いずれかを○で囲んでください)					健診希望日等		予約枠確認検査	
	男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日		予 防 健 診	生 活 習 慣 病	日 帰 り ド ック	特 定 健 診	特 定 健 診 プ ラ ス	総 合 健 診	第1希望	年 月 日()	胃カメラ (口・鼻)
										第2希望	年 月 日()	子宮がん検診 (あり・なし)
										第3希望	年 月 日()	乳がん検診 (あり・なし)
住 所 〒 -									電 話	()	その他オプション	
									携帯電話	- -		
ふりがな 氏 名	性別	生年月日	診察券番号 (持っていない場合は空欄)	希望する健康診断 (いずれかを○で囲んでください)					健診希望日等		予約枠確認検査	
	男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日		予 防 健 診	生 活 習 慣 病	日 帰 り ド ック	特 定 健 診	特 定 健 診 プ ラ ス	総 合 健 診	第1希望	年 月 日()	胃カメラ (口・鼻)
										第2希望	年 月 日()	子宮がん検診 (あり・なし)
										第3希望	年 月 日()	乳がん検診 (あり・なし)
住 所 〒 -									電 話	()	その他オプション	
									携帯電話	- -		