

予約申込書

FAX番号はくれぐれもお間違えの無いようご注意ください。

医療法人あらかわ医院 健診センター 行 担当：

↑ FAX 0561-53-8827

フリガナ

事業所名

事業所〒 -
所在地

電話番号

FAX番号

ご担当者様

- 問診票・検査キットの送付先
- 左記住所へ送付（事業所）
 - 受診者様ご自宅へ郵送
※必ず住所をご記入ください
 - その他 ※その他にご記入ください
- 健診結果送付先
- 左記住所へ送付（事業所）
 - 受診者様ご自宅へ郵送
 - その他 ※その他にご記入ください
- 健診受診料のお支払い方法
- 事業所様
 - 個人（当日窓口にて支払）
※ 事業所様名の領収書（要・否）
 - オプションのみ個人負担

保険者番号	保険証記号
-------	-------

その他
(自由記載)

保険証番号	フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	
	氏名			年 月 日	
本人・家族	住所	〒 -	TEL		
生活習慣病予防健診	希望コースに○をつけて下さい	胃部検査	※年度対象者のみ	その他オプション等	ご希望日（第1希望）
	若年健診（20・25・30歳）	バリウム	子宮がん検診		年 月 日
	一般健診（35歳以上）		乳がん検診		ご希望日（第2希望）
	節目健診（40・45・50・55・60…歳）	胃カメラ（+3,960円）	骨粗鬆症検診		年 月 日
	人間ドック（35歳以上）	鎮静胃カメラ（+8,910円）	喀痰細胞診		受診決定日時
Aコース（全年齢）		肝炎検査	年 月 日		
					時 分

保険証番号	フリガナ	男・女	生年月日	昭和・平成・令和	
	氏名			年 月 日	
本人・家族	住所	〒 -	TEL		
生活習慣病予防健診	希望コースに○をつけて下さい	胃部検査	※年度対象者のみ	その他オプション等	ご希望日（第1希望）
	若年健診（20・25・30歳）	バリウム	子宮がん検診		年 月 日
	一般健診（35歳以上）		乳がん検診		ご希望日（第2希望）
	節目健診（40・45・50・55・60…歳）	胃カメラ（+3,960円）	骨粗鬆症検診		年 月 日
	人間ドック（35歳以上）	鎮静胃カメラ（+8,910円）	喀痰細胞診		受診決定日時
Aコース（全年齢）		肝炎検査	年 月 日		
					時 分

※お申込み後、健診担当より受診決定日時を再度FAXさせていただきます。

お問い合わせ先：あらかわ医院健診センター
TEL 0561-53-9668