

生活習慣病予防健診申込書

(飛田内科クリニック)

電話:095-860-7777

FAX:095-860-7778

事業所所在地	〒 ー
事業所名称	
担当者名	
電話番号	

希望する健診の種類を○で囲んでください。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	予約希望日	一般健診			付加健診	肝炎検査	子宮癌検診	乳癌検診
				一般健診	胃内視鏡	胸部レントゲン				
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								
	男	昭	年 月 日	年 月 日	○					
	女	平								

〈記入上の注意〉

※ 健診日は月曜から土曜日まで受け付けておりますが、土曜日は健診を優先させていただいております。胃内視鏡検査を行う場合1日3名様までの予約になります。

※ 受診される際は、必ず保険証を持参して下さい。

※ キャンセルされる場合は、事前にご連絡ください。

※ 健診についてご不明な点がありましたらご連絡ください。