

お電話でご予約の後、FAXをお願いいたします。 FAX 043(224)0878

F A X 専用申込用紙

受診年月日	平成	年	月	日	曜日
健康保険組合名					
保険証記号・番号	記号				番号
会社名					
フリガナ					
氏名					
生年月日	昭和 平成	年	月	日	
お電話番号					
胃の検査、便検査のある方、資料送付先をご記入下さい 〒 -					
ご住所					
婦人科健診を受診される方、下記のどちらかに をご記入下さい					
マンモグラフィ	希望する	希望しない			
子宮がん検診(自己採取法)	希望する	希望しない			
オプション検査をご希望の方、ご記入下さい					
一部負担金のある方、下記のどちらかに をご記入下さい					
本人当日精算			会社請求		
上記で会社請求を選択された方、会社住所・お電話番号をご記入下さい					
〒 -					
ご住所					
TEL					