

定期健診(企業健診) その他の健診用

健康診断申込者名簿

事業所名 株式会社 健診

担当者 健診 花子

電話番号 052-625-0489

FAX番号 052-625-0490

(申込記入例)

〒459-8540
愛知県名古屋市緑区南大高二丁目204番地
総合病院南生協病院 健診ドックセンター

電話 (052) 625-0489

FAX (052) 625-0490

電話受付時間 月～金 10:00～16:30

土 10:00～11:30

↓ 該当箇所へ○をして下さい ↓

センター記入欄 ID	フリガナ 氏名	性別	生年月日	定期健診	定期省略健診	自費生活習慣病予防健診	自費人間ドック	オプション						オプション検査・備考			
								胃透視(バリウム)	胃カメラ	子宮頸がん検診	乳がん検診	マンモ自費	乳腺超音波				
1	ケンシン タロウ 健診 太郎	男	昭和・平成 44年 7月 15日	○													
ご新規の方 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など		4月3日・8日 9:00以降											
2	ケンシン ハナコ 健診 花子	女	昭和・平成 46年 12月 9日				○	○									腫瘍マーカー
ご新規の方 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など		4月 木曜日 何時でも可											
3	アイチ ケイコ 愛知 けい子	女	昭和・平成 5年 10月 23日	○					○								オプションなど追加希望など ご記入ください。
ご新規の方 ご連絡先	〒459-8540 名古屋市緑区南大高二丁目204番地 tel〇〇〇-△△△-××××			受診ご希望日 曜日など		5月 火曜日・金曜日 10:00頃											
4			昭和・平成 年 月 日														※希望月、曜日、時間(早い 又は遅い)など
ご新規の方 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など													
5		女	年 月 日														
ご新規の方 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など													
6		男・女	昭和・平成 年 月 日														
ご新規の方 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など													
7		男・女	昭和・平成 年 月 日														
ご新規の方 ご連絡先	〒 tel			受診ご希望日 曜日など													

※当センターに登録がない方は住所と電話番号をご記入ください。

※希望月、曜日、時間(早い又は遅い)など