

健康診断受診申込書

※ この用紙にご記入の上、FAXにてお申し込みください。後程、溪仁会円山クリニックよりご確認のお電話をさせていただきます。

貴社名 _____

電話番号 _____

ご加入の健康保険組合 _____

※ 本人・配偶者のどちらか、男性・女性のどちらか、希望コースには○をお付けください。

※ オプションの欄には検査名(例 胃カメラ)をご記入ください。

フリガナ		男 ・ 女	本人 配偶者	生年月日 大・昭・平 年 月 日生	住 所 〒 -	電話番号 () -	
氏名							
希望コース			オプション			第1希望日	第2希望日
生活習慣病健診 健康診断① 健康診断②							
フリガナ		男 ・ 女	本人 配偶者	生年月日 大・昭・平 年 月 日生	住 所 〒 -	電話番号 () -	
氏名							
希望コース			オプション			第1希望日	第2希望日
生活習慣病健診 健康診断① 健康診断②							

◎ 婦人科検査(乳ガン・子宮ガン・卵巣ガン・マンモグラフィ)は、午後からの検査になります。但し、火曜日と6月から11月までの木曜日は午前受診が可能です。尚、都合により休診する場合がございます。

～ お問い合わせ・お申し込み ～

医療法人 溪仁会

溪仁会 円山クリニック TEL 011-611-7766 FAX 011-611-7539