

人間ドック【自費】申込書

【集合時間】 1部 8:00 2部 8:30 3部 12:30

※受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申込下さい。 ※健診代金は税別です。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)	FAX番号	(_____)
健康保険証・記号	事業所ご担当者		

送付先:(支店・営業所・自宅等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入下さい

送付先住所 □会社 □自宅	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	

希望コースに○をして下さい。

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	胃・便 あり 35,000円	胃・便 なし 26,000円	備考
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 1部・2部・3部			

医療法人社団 さわやか済世葛飾健診センター

健診予約センター 0120-489-231 直通 03-3693-7676

◎お問合せ時間 AM9:00~12:00 PM1:00~5:00

(月~金) ゼロイチハチロク

FAX 03-3693-0186

3部(12:30)限定!!

体組成検査・すい臓ガン検査を
サービスしております。