



【FAX】

04-7124-7017



小張総合病院健診センター

人間ドック・各種健診お申込書

お申し込み日	年 月 日	
ふりがな		性別
氏名		男・女
生年月日	昭和 平成 年 月 日	
郵便番号	〒	
住所		
健康保険組合名称		本人・家族
勤務先名称		
日中連絡先	【TEL】 — —	
受診希望日	第1候補日	年 月 日
	第2候補日	年 月 日
	第3候補日	年 月 日
受診希望コース	人間ドック	<input type="checkbox"/> 1泊2日コース <input type="checkbox"/> 日帰りコース <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防コース
		<input type="checkbox"/> 脳ドックコース <input type="checkbox"/> 肺ドックコース <input type="checkbox"/> 心臓ドックコース
		<input type="checkbox"/> 追加オプション検査 ()
	健康診断	<input type="checkbox"/> 定期健康診断 <input type="checkbox"/> 雇入れ時健康診断
<input type="checkbox"/> 特定業務従事者健康診断		
<input type="checkbox"/> 特定健康診査(メイト健診)		
<input type="checkbox"/> 特殊健康診断		

※この用紙をご記入の上、小張総合病院健診センターへ ご返送下さい。

小張総合病院健診センター【FAX】04-7124-7017【TEL】04-7124-7427

〒278-8501 千葉県野田市横内29-1 (郵送の場合必ず部署【健診センター】をご記入下さい。)