



【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		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(メボ健診)								
<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ください。

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】をご記入ください。)