

# 人間ドック受診申込書

|           |       |   |           |
|-----------|-------|---|-----------|
| フリガナ      |       |   |           |
| 氏名        | ⑩     |   |           |
| 住所        | 〒 -   |   |           |
| TEL (ご自宅) | -     | - |           |
| TEL (連絡先) | -     | - |           |
| 生年月日      | 大・昭・平 | 年 | 月 日生 ( 歳) |
| 申込日       |       | 年 | 月 日       |

ご依頼者が、会社等の場合下記もご記入ください。

|         |     |   |  |
|---------|-----|---|--|
| 請求先住所   |     |   |  |
| 請求先名    | ⑩   |   |  |
| 請求先担当者  | 部署名 |   |  |
| 請求先 TEL | -   | - |  |

## 【ご希望の日程】

|       |                          |   |   |
|-------|--------------------------|---|---|
| 第1希望日 | 年                        | 月 | 日 |
| 第2希望日 | 年                        | 月 | 日 |
| 特になし  | <input type="checkbox"/> |   |   |

※お申し込み日より2週間以上余裕をもって 日程をお決めください。

※土・日・祝祭日は実施しておりません。

## 【検査内容】 希望される内容に☑ください。

|                                  |       |                                 |                                 |
|----------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 半日人間ドック | オプション | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー | <input type="checkbox"/> 甲状腺機能  |
|                                  |       | <input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス | <input type="checkbox"/> 動脈硬化指数 |
|                                  |       | <input type="checkbox"/> 骨密度    | <input type="checkbox"/> その他    |