

—— 健康診断申し込み FAX 用紙 ——

**ステップ①** お申込みされる方についてご記入下さい

フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日生	性別	男・女
氏名			( ) 歳			
住所	〒					
電話番号	①ご自宅		②携帯電話			

**ステップ②** ご希望のコース・オプションにチェックを入れて下さい

**健診コース**

- 人間ドック
- レディースドック
- 定期健診 A コース
- 定期健診 B コース
- その他 ( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )

**オプション検査**

- 乳がん検診 ( マンモグラフィー ・ 乳腺エコー )
- 子宮がん検診
- 胃部レントゲン検査
- 胃部内視鏡検査 (胃カメラ)
- その他 ( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )  
( \_\_\_\_\_ )

**ステップ③** 受診希望日をお書きください。(1週間以降でお願いします)

第1希望日	第2希望日	第3希望日
年 月 日 ( 曜日 )	年 月 日 ( 曜日 )	年 月 日 ( 曜日 )

**ステップ④**

記入もれが無いかな確認後、FAX で **047-377-3232** へ送信してください。  
お申込み後、当センターより受診日確定のご連絡を致します。



医療法人社団 平静会 大村病院 健診センター 宛  
千葉県市川市南八幡 4 - 14 - 2 TEL.047-377-8008 (健診予約番号)

**FAX ▶▶▶ 047-377-3232**