

人間ドック申込書

山形県立新庄病院 人間ドック担当 行き

FAX番号 0233-23-2987 (添書不要)

下記のとおり人間ドックを申し込みます。

(フリガナ) 氏名 生年月日	性別	住所 電話番号	申込コース (希望するコースの希望日をご記入ください。)		オプション検査 (希望するものに○を記入してください。)					
					脳ドック (併用)	喀痰	動脈 硬化	頚動脈 エコー	骨密度 (女性)	ピロリ 菌検査
() 大正・昭和・平成 年 月 日	男	〒 —	1泊2日ドック	月 日						
			半日ドック	月 日						
	女	TEL — —	脳ドック(単独)	月 日						
			脳ドックを希望する方は、以下の質問もお答えください。 ペースメーカーの使用 (有・無) 体内金属の有無 (有・無)							
() 大正・昭和・平成 年 月 日	男	〒 —	1泊2日ドック	月 日						
			半日ドック	月 日						
	女	TEL — —	脳ドック(単独)	月 日						
			脳ドックを希望する方は、以下の質問もお答えください。 ペースメーカーの使用 (有・無) 体内金属の有無 (有・無)							
() 大正・昭和・平成 年 月 日	男	〒 —	1泊2日ドック	月 日						
			半日ドック	月 日						
	女	TEL — —	脳ドック(単独)	月 日						
			脳ドックを希望する方は、以下の質問もお答えください。 ペースメーカーの使用 (有・無) 体内金属の有無 (有・無)							

企業でお申し込みの場合は、以下の項目もご記入ください。

会社名 (請求先)		支 払 方 法	() 全額 個人払
所在地			() 一部 個人払 (円)
電話番号	— —		() 全額 会社払
担当者名			