

健診申込み書

1. 日帰りドック・宿泊ドック・脳ドック (希望のドックを○で囲んで下さい)

2. 受けられる方の氏名 (フリガナ)

3. 生年月日 大・昭・平 年 月 日
(才)

4. 住所 〒

5. 電話番号

6. 健康保険区分 国保・社保・共済組合

7. 希望日 月 日

※予約状況によりご希望に沿えない場合もありますのでご了承ください。

8. 胃部検査についての希望 (いずれかを○で囲んでください)

・胃透視 ・胃カメラ ・胃の検査は受けない

9. 備考

雄勝中央病院 保健福祉活動室

TEL 0183-73-5000

FAX 0183-73-6061