

人間ドックFAX申込書

【企業・事業所名】

【所在地】 〒

【担当者様】

【TEL】

【FAX】

【予約受付日】

【問診票郵送先】 会社・本人 【結果原本郵送先】 会社・本人 【結果コピー(会社控え)】 要・不要 【支払】 会社・本人

※お手数ですが請求書送付先などの住所が上記のものとは違う場合は事前にご申告ください。

希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所						携帯電話番号		当院受診歴	
〒										有・無	
希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所						携帯電話番号		当院受診歴	
〒										有・無	
希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所						携帯電話番号		当院受診歴	
〒										有・無	

※不明な点やご質問などがあれば当院ドック室までご連絡ください。

〒623-0011

京都府綾部市青野町大塚20番地の1

※検査予約枠に限りがあり、予約日のご希望に添えない場合がございます。

【TEL】 0773-43-0123 【FAX】 0773-42-0188

ご了承ください。

綾部市立病院 ドック係

希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所							携帯電話番号		当院受診歴
〒											有・無
希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所							携帯電話番号		当院受診歴
〒											有・無
希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所							携帯電話番号		当院受診歴
〒											有・無
希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所							携帯電話番号		当院受診歴
〒											有・無
希望日	氏名(フリガナ)	生年月日	性別	胃の検査	オプション(希望するものに○を)						その他・備考
			男・女	カメラ・バリウム	子宮がん	マンモグラフィ	乳腺エコー	PSA	骨密度	脳ドック	
郵便番号		住所							携帯電話番号		当院受診歴
〒											有・無