

# 人間ドック・健康診断申込書

稲沢市民病院 健診センター宛  
FAX番号 0587-24-5269 (直通)

【申込日】 年 月 日

フリガナ  
【貴社名】 \_\_\_\_\_ 【ご担当者】 \_\_\_\_\_ 【TEL】 \_\_\_\_\_ 【FAX】 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
【住所】 \_\_\_\_\_ 【健康保険組合】 \_\_\_\_\_

【案内送付先】 会社・自宅    【結果送付先】 会社・自宅    ※会社用控え (要・不要)    【支払方法】 会社請求・本人払い

	(カナ) 氏名	性別	生年月日	住所・電話番号	受診希望日	受診コース	オプション	備考
1		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
2		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
3		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
4		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
5		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				

\*ID欄の記入は不要です

【備考】

[健診センター処理欄]

	受領	予約	発送	
日付				
担当				

# 人間ドック・健康診断申込書（続紙）

稲沢市民病院 健診センター宛  
FAX番号 0587-24-5269（直通）

	(カナ) 氏名	性別	生年月日	住所・電話番号	受診希望日	受診コース	オプション	備考
1		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
2		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
3		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
4		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
5		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
6		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
7		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
8		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
9		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				
10		男・女	T S H 年 月 日	〒	第1	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 健診A <input type="checkbox"/> 健診B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 乳がん(マンモ) <input type="checkbox"/> 子宮頸がん <input type="checkbox"/> 前立腺PSA <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/>	
		*ID	TEL ( )	第2				