

年 月 日

野村病院予防医学センター

予約担当者 行

FAX 0422-42-8325

## 人間ドック予約 申込書

※太枠内ご記入ください

コース名	人間ドック			健康診断	
予約希望日①	年	月	日 ( )	受付時間	:
予約希望日②	年	月	日 ( )	受付時間	:
(フリガナ) ご氏名	( )				
生年月日	大正 昭和・平成	年	月	日 ( 歳)	性別 男・女
ご住所	〒				
日中の連絡先	携帯 自宅・会社				
健康保険組合 名称	健康保険組合				
健保加入者	本人 ・ 被扶養者			当センター 受診歴	有・無
今年度中に他の健診施設でのご受診有無				有 ・ 無	
備考	胃カメラ検査の有無			有 ・ 無	
	頭部MR検査の有無			有 ・ 無	
	その他オプション検査の希望				

(ご注意)

FAX申込書の送信が予約の完了ではありません。

当センターから確認の連絡をさせていただきます。

もしもFAX申込書送信後1週間以内に当センターからの連絡がない場合は、

大変お手数をおかけいたしますが、下記までお電話をいただきますようお願い申し上げます。

【お問い合わせ先】

野村病院予防医学センター 予約担当

TEL 0422-47-8811