

平成 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 FAX 申込書

予約希望日①	平成 年 月 日 ()	希望時間帯	:
予約希望日②	平成 年 月 日 ()	希望時間帯	:
コース名	日帰り人間ドック ・ 1泊人間ドック	当センター受診歴	有 ・ 無
ご氏名(フリガナ)	()	性別	男 ・ 女
生年月日(和暦)	大正 ・ 昭和 ・ 平成 年 月 日	年齢	歳
ご住所	〒		
電話番号	ご自宅電話番号: 携帯番号:		
日中の連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ その他()	健保加入者	本人 ・ 配偶者
健康保険組合名			
他施設での受診	今年度中に他の健診施設でのご受診の有無	有 ・ 無	
備考	胃カメラの有無	無 ・ 有 (※有の場合は予約が希望日より後になる場合があります)	
	MRI検査の有無	無 ・ 有 (※有の場合は予約が希望日より後になる場合があります)	

(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けますようお願いいたします。

お問い合わせ 野村病院予防医学センター 予約担当
 電話番号 0422-47-8811