

健康診断受診お申込み名簿

|    | 氏 名 | ふりがな | 生年月日      | 性別  | 受診希望日     | 希望のオプション検査を選択して下さい |        |    |      |
|----|-----|------|-----------|-----|-----------|--------------------|--------|----|------|
|    |     |      |           |     |           | 胃部X線               | 腫瘍マーカー | 肝炎 | 大腸がん |
| 1  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 2  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 3  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 4  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 5  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 6  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 7  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 8  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 9  |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 10 |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 11 |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 12 |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 13 |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 14 |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |
| 15 |     |      | S・H . . . | 男・女 | / (午前・午後) |                    |        |    |      |

受診者ご本人様より検査追加希望(血液検査・心電図検査・聴力検査・オプション検査)の申し出があった場合、お受けして良いか否か、事前にご確認させていただきます。○にてご回答下さい。

[ 良い ・ 受けない ]

(良いの場合、ご請求時に受診者明細を添付させていただきます。)

企業様より健診に関するご要望(内容・お支払い等)がございましたら、当院までご連絡をお願いいたします。

企業名

TEL FAX

ご住所

ご担当者様

名簿をFAXしていただきましたら、確認後返信いたします。受診票は上記、又は指定の住所へ郵送いたします

大野中央病院 健康管理センター

FAX 047-373-1580

TEL 047-373-1584

(当院使用欄)

上記 名様のご予約承りました。 月 日