

新古賀クリニック健康管理センター行

FAX : 0942-35-3875

健診予約申込書

年 月 日 申込

希望コース	日帰りドック ・ 精密ドック ・ 宿泊ドック ・ 特定健診 ・ 脳ドック		
	レディースドック ・ 肺がんドック ・ その他( )		
健診希望日	第1希望	年 月 日 ( )	
	第2希望	年 月 日 ( )	
	第3希望	年 月 日 ( )	
ふりがな			
お名前	( 男 ・ 女 )		
生年月日	( T ・ S ・ H )	年 月 日 ( 歳 )	
ご住所	〒		
お電話番号		携帯電話	
書類送付先 (ご住所と異なる場合)	〒		
希望オプション			
胃部検査	「希望コース」で ・ ・ を選択された方は、胃透視または胃カメラをお選びください。 胃カメラの場合は、口からのカメラ(経口)または鼻からのカメラ(経鼻)をお選びください。		
	胃透視	胃カメラ ( 経口 ・ 経鼻 )	
備 考			

受付日

受付者