

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	①日帰りドック ・ ②精密ドック ・ ③宿泊ドック ・ ④特定健診 ・ ⑤ 脳ドック		
	⑥レディースドック ・ ⑦肺がんドック ・ ⑧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 ・ R)	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①・②・③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