

# 健診申込書

がん研有明病院 健診センター 宛

FAX番号 03-3570-0504

(番号はおかけ間違えのないようご注意ください。)

健診内容	ドック	<input type="checkbox"/> がん基本コース <input type="checkbox"/> がん基本女性コース <input type="checkbox"/> がん専門ドックコース(二日間コース) <input type="checkbox"/> がん専門ドック女性コース(二日間コース) <input type="checkbox"/> がん専門女性専科コース			
	オプション	<input type="checkbox"/> PET-CT検査 <input type="checkbox"/> 腹部CT検査 <input type="checkbox"/> その他( )			
	単項目	<input type="checkbox"/> PET-CT検査 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮・卵巣検診 <input type="checkbox"/> 大腸内視鏡検査 <input type="checkbox"/> その他( )			
希望日	第一希望日	年	月	日	お申し込みいただいた時点で既に満員の場合がございます。予めご了承ください。
	第二希望日	年	月	日	
	第三希望日	年	月	日	
	(実施曜日をご確認のうえお申し込みください)				
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日		
フリガナ					
現住所	〒				
電話番号	自宅				
	携帯				
	職場				
FAX番号	自宅				
	職場				
折り返し、FAXまたは電話でご連絡させていただきます。上記には、日中の連絡が可能な番号をご記入ください。					
受診歴	<input type="checkbox"/> 初めて <input type="checkbox"/> 有り				
	* 受診歴がある方は診察券登録番号をご記入ください。    登録番号:				

- 予約決定後の資料発送は、健診日の約三週間前に郵送いたします。
- 変更、キャンセルはお早めにご連絡ください。二週間前以降の変更・キャンセルについては所定の料金を頂戴しております。
- PET-CT、大腸内視鏡検査につきましてはコースドック同日には行っておりません。それぞれ別の日となります。