

予約係 行

各種健康診断 FAX申込書

ご予約希望日時①	年 月 日	ご予約希望日時②	年 月 日
フリガナ			性別
ご氏名			男 ・ 女
生年月日	大正 昭和 平成 年 月 日	年齢	才
ご住所	〒		
電話番号(ご自宅)	()	日中の連絡先 (携帯 ・ 勤務先)	()
健康保険組合			
保険者番号			続柄 本人 ・ 家族 本人との続柄 ()
記号・番号			
被保険者名			
勤務先名称		勤務先電話番号	()
勤務先住所	〒		

ご希望コース[ご希望の項目に○をつけてください]

法定健診	生活習慣病健診	協会けんぽ一般健診	特定健診

《レディース健診》

乳がん検診A・B・Cコース 又は 婦人科検診A・Bコース より、ご希望のコースをご記入ください。

乳がん検診	婦人科検診
コース	コース

※ご注意

・この申込書をお送りいただいてから1週間以内に、当診療所より確認のご連絡をいたします。お打ち合わせの後、ご予約の完了となります。
 ・申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、①健康診断の予約申込としての目的のみ使用させていただきます。②関係者以外が取り扱うことはありません。また、第三者に提供することもございません。なお委託先については選定や委託管理を徹底し、個人情報の漏えいが起こらないよう対策いたします。
 ・お客様はご自分の個人情報を開示・訂正・削除および利用停止することができます。ただし法令の規定による場合などにより、修正あるいは削除できない場合もあります。

個人情報取り扱いについて	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない <small>※同意いただけない場合は、受診できません。</small>
--------------	--

ご予約申込みFAX番号 : 011-790-7612