

葛西昌医会病院 医療連携室 健診・ドック担当宛て

FAX 03-5696-9693

## 人間ドック・健康診断申込書

診察券番号（お持ちでない方記入不要）							
フリガナ		性別	男・女				
お名前							
生年月日	西暦	年	月	日	（	歳）	
電話番号	-	-	（携帯電話		-	-	）
ご住所	〒						
メールアドレス							

※必ず枠線内の各事項をご記入下さい。

### 希望コース選択

	人間ドック・健康診断	受診日
<input type="checkbox"/>	スタンダードドック	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施
<input type="checkbox"/>	簡易脳ドック	月曜日から金曜日迄実施
<input type="checkbox"/>	シンプル脳ドック	火曜日・木曜日・土曜日午前のみ実施
<input type="checkbox"/>	消化器ドック（胃コース）	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施
<input type="checkbox"/>	消化器ドック（大腸コース）	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施
<input type="checkbox"/>	イーウェル人間ドックAコース	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施
<input type="checkbox"/>	ウィーメックス人間ドック	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施
<input type="checkbox"/>	一般健康診断（雇入時、定期健康診断など）	金曜日午前実施
<input type="checkbox"/>	イーウェル一般健診A2コース	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施
<input type="checkbox"/>	ウィーメックス基本健診	月曜日・水曜日・金曜日のみ実施

### 受診希望日

第一希望日	年	月	日	曜日
第二希望日	年	月	日	曜日
第三希望日	年	月	日	曜日

ご要望	
-----	--