

↑↑ FAX 0138-56-6291 ↑↑

函館中央病院 健康管理センター 宛て

申込日： 年 月 日

# 健康診断予約申込書

※個人申込み専用です。法人や団体のお申込みはお電話でご予約下さい

|                |  |
|----------------|--|
| 希望コース          | 日帰り人間ドック ・ 1泊2日人間ドック ・ 脳ドック<br>※上記以外のコースは直接お電話でお申込み下さい |
| 希望日<br>(複数選択可) | 申込日より1ヶ月後以降でご希望の曜日・月日等を御記入下さい(各健診の実施曜日はコース案内ページを参照)    |
|                | A.曜日より選択 月 火 水 木 金 土                                   |
|                | B.月より選択 4月 5月 6月 7月 8月 9月 10月 11月 12月 1月 2月 3月         |
|                | C.フリー記入 第一希望 _____ 第二希望 _____ 第三希望 _____               |
| 希望オプション        | 希望がある場合は御記入下さい(項目はオプション検査ページを参照)                       |
| 備考             | ご要望やご質問等がございましたら御記入下さい                                 |

## 御予約者様情報

|         |                          |     |     |
|---------|--------------------------|-----|-----|
| フリガナ    |                          |     |     |
| 氏名      |                          |     |     |
| 生年月日    | T・S・H 年 月 日              | 性別  | 男・女 |
| 電話番号    | ①自宅                      |     |     |
|         | ②携帯                      |     |     |
| 自宅住所    | 郵便番号                     | 〒 - |     |
|         | 市・町・番地                   |     |     |
|         | 建物名                      |     |     |
| 診察券登録番号 | 当院の診察券をお持ちの方は御記入下さい(7ケタ) |     | - - |

### 【ご連絡】

ご希望の日程・オプションの受診可否を確認し、3診療日以内にごちらからお電話にてご連絡致します。  
連絡時間帯は平日9:00～17:00、土曜9:00～13:00の診療時間内となりますので予めご了承ください。

スタッフ使用欄

|      |    |    |    |      |
|------|----|----|----|------|
| 申込受領 | 連絡 | 登録 | 確認 | 予約完了 |
|      |    |    |    |      |