

人 間 ド ッ ク 申 込 書

山形県立新庄病院 人間ドック担当 御中

F A X 番号 : 0233-23-2987 (添書不要)

下記のとおり人間ドックを申し込みます。

(フリガナ) 氏 名 生年月日	性別	住 所 電話番号	申込コース (希望するコースの希望日をご記入ください)		オプション検査 (希望するものに○をご記入ください)									
					脳ドック (併用)	喀痰	動脈 硬化	頸動脈 エコー	骨密度 (女性)	ピロリ 菌検査	睡眠時 無呼吸	負荷 心電図	乳がん (女性)	
() 昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女	〒 —	1泊2日ドック	月 日										
			日帰りドック	月 日										
			脳ドック(単独)	月 日										
		胃カメラの希望をご記入ください (経鼻 ・ 経口)		脳ドック(単独・併用)をご希望の方は、以下にもご記入ください ペースメーカーの使用(有・無) 体内金属(有・無)										
() 昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女	〒 —	1泊2日ドック	月 日										
			日帰りドック	月 日										
			脳ドック(単独)	月 日										
		胃カメラの希望をご記入ください (経鼻 ・ 経口)		脳ドック(単独・併用)をご希望の方は、以下にもご記入ください ペースメーカーの使用(有・無) 体内金属(有・無)										
() 昭和・平成 年 月 日	男 ・ 女	〒 —	1泊2日ドック	月 日										
			日帰りドック	月 日										
			脳ドック(単独)	月 日										
		胃カメラの希望をご記入ください (経鼻 ・ 経口)		脳ドック(単独・併用)をご希望の方は、以下にもご記入ください ペースメーカーの使用(有・無) 体内金属(有・無)										

企業でお申し込みの場合は、以下の項目もご記入ください。

会社名(請求先)		支 払 方 法	() 全額 個人払
所在地			() 一部 個人払 (円)
電話番号	— —		() 全額 会社払
担当者			() 一部 会社払 (円)