

# 人間ドック申込書

申込日 年 月 日

ふりがな			性別 男・女
お名前			
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	年齢 歳
ご住所	〒 -		
書類等送付先	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他		
	〒 -		
連絡先	日中の連絡先	( ) -	自宅・勤務先・携帯電話
	その他の連絡先	( ) -	自宅・勤務先・携帯電話

\* ご住所は、人間ドック結果表等をお送りする際に必要ですので正確にご記入ください。

## ■ 人間ドック希望日(月曜～金曜)

第1希望日	第2希望日	第3希望日
年 月 日	年 月 日	年 月 日

\* 日程は決まり次第ご連絡いたします。

## ■ ご希望のコース番号及び選択項目に○をつけてください。

1 日帰りコース(選択:①胃透視 ②胃カメラ) \* 胃カメラ選択の場合は、3,143円の負担となります。

2 二日間コース(選択:①胃透視 ②胃カメラ ③経鼻内視鏡) \* 追加料金はありません。

本用紙をご記入の上、下記FAX番号まで送信してください。

群馬県済生会前橋病院 検診センター

休診 : 日曜日、祝祭日、年末年始、第2・4・5土曜日

TEL (027)252-1959 FAX(027)252-1126