

総合健診 FAX 送信票

申し込み受付開始は
8月18日からです!

★希望する検査に○をつけてください。

フリガナ				生年月日	S	年	月	日		
氏名					H					
性別	男 ・ 女			電話番号						
住所(行政区)				保険種別	国保 ・ 後期 ・ 左記以外					
検査内容	基本	胃	肺	大腸	ピロリ菌	B型肝炎	C型肝炎	前立腺	エキノ コックス	託児希望 乳児 幼児

フリガナ				生年月日	S	年	月	日		
氏名					H					
性別	男 ・ 女			電話番号						
住所(行政区)				保険種別	国保 ・ 後期 ・ 左記以外					
検査内容	基本	胃	肺	大腸	ピロリ菌	B型肝炎	C型肝炎	前立腺	エキノ コックス	託児希望 乳児 幼児

※ **基本健診に胸部レントゲン検査は含まれていません。**
肺がん検診を同時に受診してください。



空き状況は
こちら!

★希望する日時に番号を記入してください。(第3希望まで)

第1希望: ① 第2希望: ② 第3希望: ③

	10/28	10/29	10/30	10/31	12/8	12/9
7:00~7:30						
7:30~8:00						
8:00~8:30						
8:30~9:00						
9:00~9:30						
9:30~10:00						
10:00~10:30						
10:30~11:00						

※ **託児を希望される方は太枠内の時間に予約をしてください。**