

人間ドック申込書(健保組合等の団体を利用しない事業所用)

貴事業所の人間ドック予約申込みは、この用紙に必要事項を書き込みプリントアウトして、封書又はファックスにてご送付ください。

個人情報の保護については、保護方針に基づき実施しております。

事業所名

事業所郵便番号

事業所住所

事業所電話番号

(注意)健保組合等の団体を利用する場合は、各団体を通してお申し込みください。

※必要事項の記入をお願いします。 オプション検査を希望する場合は、検査項目欄に○印を記入してください。

区分	人間ドック申込者(必須)			オプション検査項目(希望者)						
	フリガナ	性別	生年月日	子宮がん検査	乳がん検査			骨粗しょう症	腹部超音波	前立腺
	受診者氏名			頸部	マンモ・超音波	マンモ	超音波			
1										
2										
3										
4										
5										
6										
8										

申込先: 問い合わせ先

茨城県日立市幸町1-17-1
財団法人日立メディカルセンター 健診課
TEL0294-33-5911