お申込日：　　年　　月　　日

村上病院　健康診断申込書（個人用）兼受付票

診察券番号		※太枠の中のみをご記入ください。			
フリガナ		性別	男　・　女		年齢
氏　　名		生年月日	T　S　H 年　月　日		
ご自宅住所 電話番号	〒　　－ TEL（　　）　　－				
連絡先電話番号	－　　－　　携帯電話　・　ご自宅　・　お勤め先　（○をつけて下さい）				
書類・結果 送付先	ご自宅　・　お勤め先　・　その他	領収書名	指定がない場合、個人名での領収書となります		

※送付先がご自宅以外の場合、下記記入欄へご記入下さい（指定がない場合、ご自宅への送付となります）

ご希望日	✻ 第一希望		✻ 第二希望		確定日 （当院使用）

	健診コース		オプション
	特定健診　【　国保・後期　/　社保　】		青森市胃がん検診（ﾊﾞﾘｳﾑ / 胃カメラ）
	雇入時健診（　持参用紙　有　/　無　）		青森市大腸がん検診
	村上病院一般健診　【6,930円ｺｰｽ / 2,750円ｺｰｽ】		胸部レントゲン
	協会けんぽ一般健診【バリウム / 胃カメラ】		腹部超音波検査
	１日人間ドック【　村上ドック　/　協会差額　】		動脈硬化検査
	一泊二日ドック【フルコース / 午後からコース】		骨密度検査（前腕 / 腰椎・大腿骨）
	青森市国保・後期ドック		腫瘍マーカー（　　）
	脳ドック【　村上脳ﾄﾞｯｸ　/　国保・後期脳ﾄﾞｯｸ　】		その他
	その他　　）		

備考欄	

※送信後、2日たっても連絡がない場合、再送いただくか、当院までご連絡ください。

※送付先がご自宅以外の場合はこちらへご記入ください。

フリガナ	
送付先 （お勤め先名な	
送付先所在地	〒　　－
電話番号	（　　）　　－

医療法人 芙蓉会
村上病院

◆ 〒030-0843　青森市浜田３丁目3-14

健康診断申込

◆ ｱﾄﾞﾚｽ：murakami-kenshin@fuyoukai.or.jp

◆ FAX：017-729-8887

◆ 電話受付 8：30 ～ 16：00

健診直通：017-752-1122