

確定日 (当院使用)	
---------------	--

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 連絡先	〒 -					
	原則として上記住所へ書類、結果を送付いたします。 勤務先等ご希望の場合は、下記※へご記入ください					
上記以外の 連絡先（電話）	-	-	○を付けて ください 携帯 ・ 勤務先 ・ 他			
希望日をご記入ください。日程は余裕をもってお申込みください。						
ご希望日	* 第一希望		* 第二希望		* 第三希望	
健診コース			希望のコース・オプションに○を付けてください			
特定健診 【 国保・後期 / 社保 】			青森市大腸がん検診			
雇入時健診 (記入用紙 有 / 無)			胸部レントゲン			
村上病院一般健診 (料金7,480円)			腹部超音波検査			
法定健診 (料金7,480円)			骨密度 【 前腕 / 腰椎・大腿骨 】			
協会けんぽ一般健診 【 胃カメラ / バリウム 】			腫瘍マーカー ()			
協会けんぽ節目健診 【 胃カメラ / バリウム 】						
協会けんぽ若年健診 (協会けんぽ保険証20、25、30歳の方)						
一日人間ドック 【 村上ドック / 協会差額ドック 】						
一泊二日ドック 【 フルコース / 午後からコース 】						
脳ドック 【 村上脳ドック / 国保・後期脳ドック 】						
その他						
備考欄						

※送付先がご自宅以外の場合はこちらへご記入ください。

※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。

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