

# 健康診断予約申込書

医療法人 郡山病院  
 〒963-8005 福島県郡山市清水台2-7-4  
 TEL.024-932-0107  
 FAX.024-925-0445

申込日 : \_\_\_\_\_  
 会社名 : \_\_\_\_\_  
 電話番号 : \_\_\_\_\_  
 FAX番号 : \_\_\_\_\_  
 ご担当者名 : \_\_\_\_\_  
 健診種別 : 院内 巡回

健診キット送付先住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
 結果送付先住所 : 〒 \_\_\_\_\_  
 当日窓口支払い : 有 ・ 無 ※有の場合、下記に請求書送付先をご記入ください  
 〒 \_\_\_\_\_

※健診結果や請求書送付先は、健診者様へ明確にお伝えいただける様お願い致します。(こちらへ記載していただいた送付先と、窓口での健診者様とで相違がある為)

保健組合		生年月日	年齢	性別	保険証番号		健診コース	オプション	都合をつけることが難しいお日にちを記入してください (申込日より3日経過後の1カ月の期間内)
フリガナ	氏名				記号	番号			
							<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ <input type="checkbox"/> 乳がんエコー <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> ハリウム <input type="checkbox"/> 採血(HbA1c、他備考記載)		
							<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ <input type="checkbox"/> 乳がんエコー <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> ハリウム <input type="checkbox"/> 採血(HbA1c、他備考記載)		
							<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ <input type="checkbox"/> 乳がんエコー <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> ハリウム <input type="checkbox"/> 採血(HbA1c、他備考記載)		
							<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ <input type="checkbox"/> 乳がんエコー <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> ハリウム <input type="checkbox"/> 採血(HbA1c、他備考記載)		
							<input type="checkbox"/> 乳がんマンモ <input type="checkbox"/> 乳がんエコー <input type="checkbox"/> 子宮 <input type="checkbox"/> 便 <input type="checkbox"/> 腹部エコー <input type="checkbox"/> ハリウム <input type="checkbox"/> 採血(HbA1c、他備考記載)		

備考欄