

ID: _____

人間ドック申込書

申込日： 年 月 日

当院の人間ドック： 初めて ・ 2回以上

フリガナ		生 年 月 日	西暦 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日
氏名	男 女		(歳)			
住所	〒 [][][] - [][][][]					
電話番号	TEL	-	-	携帯	-	-
	(FAX	-	-)		
勤務先						
勤務先住所	〒 [][][] - [][][][]					
電話番号	TEL	-	-	(FAX	-	-
コース (項目横の枠に○をつけて下さい)	◇基本コース			□オプション		
	<input type="checkbox"/>	◆総合日帰りコース	<input type="checkbox"/>	■メタボリックシンドロームドック		
	<input type="checkbox"/>	◆総合1泊2日コース	<input type="checkbox"/>	■脳ドック		
	<input type="checkbox"/>	◆がんコース	<input type="checkbox"/>	■レディースドック		
	<input type="checkbox"/>	◆PET-CTコース	<input type="checkbox"/>	■ピロリ菌抗体検査		
※各コース実施曜日	◆総合日帰りコース 月曜日から金曜日			◆がんコース 月曜日から水曜日、金曜日		
	◆総合1泊2日コース 月曜日、火曜日、木曜日			◆PET-CTコース 月曜日から水曜日、金曜日		

郵送またはFAXで御送り下さい。後日、連絡致します。

順天堂大学 医学部 附属 静岡病院
TEL 055-948-3111 (内線1200) FAX 055-947-3911