

人間ドックお申込み日 (FAX 発信日): 年 月 日 お申込み 個人・一般

## アジュール竹芝総合健診センター 人間ドック申込書

**FAX: 03-3437-2707**

- ◆この用紙は、全額ご本人負担の個人受診の方および当センターとご契約がある団体・健康保険組合にご所属の方用の申込書です。受診券・利用券等の申請につきましては、ご所属の団体・健康保険組合にお申込・お問合せください。(個人受診の場合は不要)
- ◆ご希望日は**2週間以上先の日程**でお願いいたします。(2週間以内のご予約はお受けしていません)
- ◆3名様以上の場合は、この用紙を必要枚数お使いください。
- ◆**FAX送信だけでは予約できません。** FAX着信後(原則翌営業日午後以降)、当センターより確認のお電話をさせていただきます。**お電話での確認が取れるまでは、ご予約済とはなりません**のでご了承ください。
- ◆そのため、お急ぎの場合は**電話でのお申込み**をおすすめいたします。(当センターTEL: 03-3437-2701)
- ◆空き状況等により、ご希望の日程でご予約が取れない場合もございますので予めご了承をお願いいたします。
- ◆FAX送信後3営業日以上経過しても当センターより連絡がない場合は、FAX不着等も考えられます。その場合は、お手数ですが当健診センター **03-3437-2701** までお電話いただきますようお願いいたします。
- ◆お預かりした個人情報関係法令等及び当法人の個人情報保護マネジメントシステムに従い適正な管理を行います。

日帰り人間ドック受診希望日

第1希望 年 月 日( ) ・ 第2希望 年 月 日( ) ・ 第3希望 年 月 日( )

ご予約確認ご連絡先: 電話番号 - - ※代表者様以外にご連絡希望の場合 様宛

<b>代表者様</b> <small>(お一人の場合は「から」記入ください)</small>	フリガナ	当センター受診歴: <input type="checkbox"/> 無し / <input type="checkbox"/> 有り (□5年以内 / □5年以上前)			
	漢字氏名	ご所属	団体名: 健康保険組合名:		
	<input type="checkbox"/> 男性 生年月日 <input type="checkbox"/> 女性 大正/昭和/平成 年 月 日生	健康保険証	保険者番号 記号 番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
	ご自宅ご住所 〒 - -	ご勤務先名	ご勤務先電話番号 - - (内線番号)		
	ご自宅電話番号 - -	◆事前予約制オプションのご希望 ※血液検査と喀痰は受付時に承ります。 □胃内視鏡(経口・経鼻) 【土曜日の実施は第1・第3のみ、経口のみ実施】 □子宮検査 □HPV □乳房触診 □マンモグラフィー □乳房超音波 □骨密度(腕) 【子宮・乳房検査は、月～金曜日実施】			
	携帯電話番号 - -				
	<b>お連れ様</b> <small>(□夫婦 □親子 □兄弟姉妹 □友人)</small>	フリガナ	当センター受診歴: <input type="checkbox"/> 無し / <input type="checkbox"/> 有り (□5年以内 / □5年以上前)		
漢字氏名		ご所属	団体名: 健康保険組合名:		
<input type="checkbox"/> 男性 生年月日 <input type="checkbox"/> 女性 大正/昭和/平成 年 月 日生		健康保険証	保険者番号 記号 番号	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	
ご自宅ご住所 〒 - -		ご勤務先名	ご勤務先電話番号 - - (内線番号)		
ご自宅電話番号 - -		◆事前予約制オプションのご希望 ※血液検査と喀痰は受付時に承ります。 □胃内視鏡(経口・経鼻) 【土曜日の実施は第1・第3のみ、経口のみ実施】 □子宮検査 □HPV □乳房触診 □マンモグラフィー □乳房超音波 □骨密度(腕) 【子宮・乳房検査は、月～金曜日実施】			
携帯電話番号 - -					

◎ご質問・ご要望などはこちらにご記入ください

