

健診・ドック申込書

医療法人社団 快生会 山口クリニック

FAX 03-3988-0017

お手数ですが、お電話にて仮予約（電話番号：03-3988-0100）をして戴いてから、下記へ
ご記入戴き、当クリニックへFAXをご送付お願い致します。
ご予約のお申し込みありがとうございます。

予 約 日 時	平成 年 月 日			時 分	
健診及びドックコース 名称				過去当院での健診・ドックの有無	
				なし・あり（ 年頃）	
フリガナ				性 別	
利用者氏名 (保険証に記載の漢字でご記 入ください)	氏		名		1. 男
					2. 女
生 年 月 日	明・大・昭・平		年	月	日 歳
* 保険証を見ながらご記入ください					
健保組合名					
保険証の記号・番号	記号		番号		本人・家族
自宅住所	〒	—	都・道・府・県		
健診前の申込書や結果などを 郵送するためマンション名や 部屋番号までお願いします。	市・区			郡	
	町・村				
	丁目		番地	号	
	マンション（アパート）名		棟	号室	
ポストにお名前は表示され ていますか？	はい・いいえ		（郵送手段選択の参考にさせて戴きます。）		
利用者電話番号	自 宅	()	—		
	携帯電話	()	—		
勤 務 先 名 称					
勤務先電話番号					
その他ご希望がありま したらご記入ください					

* ご記入漏れや間違いがありますと、郵送物の遅延や受診日時の変更になる場合がございます。
お手数ですが記入漏れのないようお願い致します。