

健康診断申込書

申込日 年 月 日

健康診断の目的	1 健康診断(教員・消防・警察・一般)			
	2 外国人体格検査			
	3 その他()			
予約希望日	第1希望日	年	月	日 (曜日)
	第2希望日	年	月	日 (曜日)

フリガナ		旧 姓	性 別	当院受診
氏 名			男 ・ 女	有 ・ 無
生年月日	1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 年 月 日 (歳)			
住 所 (連絡先)	〒			
	自宅電話	— —	携帯電話	— —
	FAX	— —	所定の診断書	有 無

注意事項

- ※採血のある場合、朝食は召し上げらずにお越し下さい。但し、水分(水・茶等)は摂って頂いて構いません。
- ※所定の診断書に記載 が必要な場合は、当日必ずお持ち下さい。写真貼付が必要な場合は、必ず貼付してお持ち下さい。
- ※当日保険証をご持参ください。
- ※お子様を連れて来院される場合、一緒に検査をお回り頂くことは出来ません。付添の方とお待ち下さい。

健康診断予約日

年 月 日 (曜日)

加古川中央市民病院 人間ドック室
TEL 079-451-8703(直通)
FAX 079-451-8704