

# 筑波学園病院健診センター 人間ドック・健康診断申込書

事業所名	(ご担当者様)		
住所			
TEL		FAX	
保険証番号	保険証記号		

案内状送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 (左記住所) <input type="checkbox"/> 個人宅 (名簿に住所記載必須) <input type="checkbox"/> その他 ( )
結果票送付先	<input type="checkbox"/> 事業所 (左記住所) ◆会社控 (要・不要) <input type="checkbox"/> 個人宅 (名簿に住所記載必須) ※別途費用いただきます
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 窓口で支払い <input type="checkbox"/> 全額会社請求 <input type="checkbox"/> 一部会社請求 ( )
※詳細をご記入ください 例: オプションは全て自己負担、等	

保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(カナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 □ 月 □ 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ (鼻) )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(カナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 □ 月 □ 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ (鼻) )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(カナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 □ 月 □ 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ (鼻) )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(カナ)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 □ 月 □ 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ (口) <input type="checkbox"/> 胃カメラ (鼻) )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						

★ お問い合わせ先 筑波学園病院健診センター

〒305-0854 茨城県つくば市上横場2573-1

TEL : 029-836-1983 FAX : 029-836-3625 Mail : kenshin@gakuen-hospital.or.jp

筑波学園病院健診センター 人間ドック・健康診断申込書（続紙）

		事業所名					
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(か)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ（口） <input type="checkbox"/> 胃カメラ（鼻） )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(か)	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ（口） <input type="checkbox"/> 胃カメラ（鼻） )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(か)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ（口） <input type="checkbox"/> 胃カメラ（鼻） )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(か)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ（口） <input type="checkbox"/> 胃カメラ（鼻） )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保険証番号	氏名	性別	生年月日	希望日①	希望日②	住所	電話番号
	(か)	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日				
コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診 ※以下より胃検査を選択 ( <input type="checkbox"/> 胃バリウム <input type="checkbox"/> 胃カメラ（口） <input type="checkbox"/> 胃カメラ（鼻） )			<input type="checkbox"/> 一般健診A <input type="checkbox"/> 一般健診B <input type="checkbox"/> その他 ( )		備考	
オプション	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房エコー <input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 <input type="checkbox"/> 子宮がん内診+エコー <input type="checkbox"/> その他 ( )						

★ お問い合わせ先

筑波学園病院健診センター

〒305-0854 茨城県つくば市上横場2573-1

TEL : 029-836-1983 FAX : 029-836-3625 Mail : kenshin@gakuen-hospital.or.jp