

江南病院健康診断申込書(人間ドック)

平素より江南病院をご利用頂きありがとうございます。以下の該当する項目にチェックをし、必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送下さい。

※用紙が不足する場合はお手数ですが、コピーにてご使用下さい。
 ※FAXまたは郵送後は、折り返しこちらからご連絡させていただきます。

西暦 年 月 日

ふりがな 本人氏名		生年月日		性別	
住所	〒				
TEL	-	-	FAX	-	-

案内・ 結果 郵送 先	<input type="checkbox"/> 上記の住所と同じ <input type="checkbox"/> その他 (〒)					
	<input type="checkbox"/> 当日窓口にてお支払 <input type="checkbox"/> 後日会社へ請求 請求先住所 (会社名)					
健 診 コ ー ス	<input type="checkbox"/> 日帰りドック	第1希望日	年	月	日 曜日	
		第2希望日	年	月	日 曜日	
	<input type="checkbox"/> 2日ドック (通院コース)	第1希望日	年	月	日 曜日	
		第2希望日	~	月	日 曜日	
	<input type="checkbox"/> 2日ドック (病院宿泊コース)	第1希望日	年	月	日 曜日	
		第2希望日	~	月	日 曜日	
	※オプション検査の追加、またはご要望等ございましたらご記入下さい。 ()					

★健診申込・お問い合わせ先★

〒862-0970 熊本市中央区渡鹿5丁目1番37号

一般財団法人杏仁会 江南病院 健康管理室

TEL(代表) 096-375-1112 FAX 096-362-9826

TEL(直通) ①070-6452-3673

②070-5497-5712