

■ コンシェルジュ検診 申込書

記入日： 年 月 日

FAX番号 **052-652-7625**

■太枠内は必ずご記入下さい。

※お持ちの方のみ

当院の 受診歴	外来受診	あり ・ なし	診察券 番 号				-					
	人間ドック	あり ・ なし										
フリガナ			性 別	生年月日								
氏 名			男 ・ 女	大正・昭和 平成・令和		年 月 日						
住 所	〒											
電 話	自宅 ()		-	携帯電話 ()		-						
F A X	自宅 ()		-	勤務先等 ()		-						
希 望 日	ご希望日の1ヶ月前までに申込をお願いします。			希望 コース番号 を選択	① ・ ② ・ ③							
	第1希望	年 月 日 (曜日)	④ ・ ⑤ ・ ⑥									
	第2希望	年 月 日 (曜日)										
	第3希望	年 月 日 (曜日)	オプション：									

■当院にて予約状況を確認した後、受検日等ご連絡させていただきます。日中にご連絡が可能な連絡先をご記入ください。（□に✓していただき、連絡先をお選びください。）

連絡方法	<input type="checkbox"/> 電話 (自宅 ・ 携帯)		<input type="checkbox"/> F A X (自宅 ・ 勤務先等)	
	<input type="checkbox"/> その他 連絡先名 【 電話 ・ F A X () - 】			

■緊急連絡先（緊急の連絡が必要となった場合のみご連絡させていただきます。）

フリガナ			続 柄	
氏 名				
電 話	() -			

■ご紹介者様（ご本人が〇〇クラブ会員等の場合もご記入下さい。）

フリガナ		
氏 名		
会社名等	(例：〇〇会社・〇〇クラブ会員)	

※一番早いご希望日の1ヶ月前までに申込書を上記FAX番号へお送り下さい。

※一緒に受検される方がお見えになる場合は、お手数ですが受検者様ごとに申込書をご記入しお送り下さい。

※ご紹介者様をご記入いただきますと割引となる場合がございます。お見えになる場合は必ずご記入下さい。



<お問い合わせ先>

名古屋掖済会病院 健康管理科

代表電話 (052) 652 - 7711 (担当内線番号 **5551**)

平日 13:00~16:00 (休診日を除く)