

# ■ 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( ) -		
FAX	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。			① • ② • ③
	第1希望	年 月 日 (曜日)	希望コース番号を選択	④ • ⑤ • ⑥
	第2希望	年 月 日 (曜日)		オプション：
	第3希望	年 月 日 (曜日)		

■ 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"/> FAX(自宅・勤務先等)
	<input type="checkbox"/> その他 連絡先名【 電話・FAX( ) -

■ 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)