

この用紙は、Web予約が出来ない方のみのご使用とさせていただきます

(財)京浜保健衛生協会 渋谷診療所 行き お申込み日 年 月 日
FAX:03-5728-3151 (番号の押し間違いが無いようお願い致します)

生活習慣病健診(がん検診)申込書

受診出来る時間帯:

午前:8:00~11:30

10分間隔で3名の受付となります。

左記の時間内でご希望の時間をご記入して下さい。

- ご希望される日時をご記入下さい。
お申込み日より、14日以降でのご予約となります。

注)10分単位

第1希望	年	月	日	時	分
第2希望	年	月	日	時	分
第3希望	年	月	日	時	分

※FAXが到着してからの処理となる為、ご希望される日のご予約が取れない場合がございます。ご了承下さい。

- ご記入欄(すべてご記入下さい)

フリガナ			性別
氏名	姓	名	男
生年月日(西暦)	年	月	日生
被保険者証記号・番号	—		
日中連絡がつく電話番号	自宅・勤務先・携帯 いずれか○をして下さい	—	—
電話がつながりやすい時間帯			
FAXで返信希望の方	—	—	—
検査結果書送付先	〒	—	都道府県名
	市区町村		
	番地 マンション名	マンション名等は、必ずご記入願います	
ご連絡事項等			

★FAX受信後、担当より詳細をお電話かFAXにてご連絡させていただきます。ご連絡が取れる電話番号・FAX番号をご記入下さい。

★お申込み後、営業日3日以内にご連絡がない場合には、誠に恐縮ですがご連絡もしくは再度FAXをお願いいたします。

お問い合わせ先:

財団法人京浜保健衛生協会 渋谷診療所 予約係
電話番号 03-5728-3150 (平日9:00~16:00)