

FAX 0465-24-0078 医療法人患中会 小田原箱根健診クリニック行

2022年度 小田原箱根健診クリニック定期健康診断 申込書（健診クリニック用）

事業所名		TEL		FAX		*会員番号 (こちらで記入)
担当者名		住所	〒 -			

*ご希望の受診日(7/8~9/30*左記期間の月曜日及び8/11~8/17を除く毎日)をご記入ください。
 *お申込みは先着順です。日によっては、ご希望に添えないこともございますがご了承ください。
 (受付時間:午前8時30分から午前10時30分までの間に受付をお済ませ下さい)

No.	受診希望日	受付時刻	必ずご記入ください			特別検査 ※希望者のみ (○印をご記入下さい)							備考	
			フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	眼 底 1,500	内 胃 視 鏡 部 14,500	消 化 器 3,500	骨 粗 鬆 症 2,800	大 腸 が ん 2,500	(が ん 性) 検 査 (男 性) 8,500	(が ん 性) 検 査 (女 性) 8,500		
1	第一希望 /	8時30分~		男・女	平 昭 . .									
	第二希望 /	10時30分												
2	第一希望 /	8時30分~		男・女	平 昭 . .									
	第二希望 /	10時30分												
3	第一希望 /	8時30分~		男・女	平 昭 . .									
	第二希望 /	10時30分												
4	第一希望 /	8時30分~		男・女	平 昭 . .									
	第二希望 /	10時30分												
受診料金			(会員) 10,000円 × 名 =			円	円	円	円	円	円	円	円	合計

ご記入いただいた情報は、当所及び実施機関からの各種連絡・情報提供に利用させていただくほか、次回健康診断の際に利用させていただくことがあります。

健康診断等の検査結果につきましては、疾病予防と早期発見等、健康保険事業の利用目的に基づき、事業所に第三者提供致します。
 また、皆様からお預かりした個人情報、「個人情報保護法」を遵守し、適正な取り扱いと保護を厳格に行います。 医療法人患中会 小田原箱根健診クリニック