

メタボチェック 申込書

送信日: 年 月 日

ご 発 信 元	返信先のご指定
お名前: 様	F A X: - - [職場・自宅・その他:]
T E L: - -	E-mail: [職場・自宅・その他:]

Ⓜ 日中、ご連絡のつく番号をご記入ください

Ⓜ いずれか、ご希望の返信先をご記入ください

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

本紙を含み 枚

ふりがな		診察券番号	
氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒		
希望日	<注>余裕を持ってお申し込みください。 平日(月~金)の午前中に実施しています。 X線を使用する検査です。妊娠の可能性のある方はお控えください。		
	第1希望日	年 月 日 ()	午前
	第2希望日	年 月 日 ()	午前
	第3希望日	年 月 日 ()	午前
ご連絡事項 など			

回答欄 (健診センター記入)

ご予約	年 月 () 時 分
<ul style="list-style-type: none"> ● 直接健診センターへお越しください。新患受付での受け付けは必要ありません。 ● 健康保険証、診察券(あれば)をお持ちください。 ● ご予約時間の15分前を目途にご来院ください。 ● 所要時間は約60分程度です。 ● CT検査の結果は当日お渡しします。 その他の検査結果は後日郵送させていただきます。(約2週間後) 	