

健康診断・人間ドック FAX申込用紙

以下のとおり、予約を申込みます。

申込日	
令和	年 月 日
ご希望コース (○をして下さい)	簡易健診 ・ 一般定期 ・ 成人病検診(ドックA) ・ 半日ドック(ドックB)
ご芳名	フリガナ
	漢字
生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳) 男 ・ 女
ご住所	〒 -
自宅電話番号	() -
携帯番号	- -
連絡先	自宅 ・ 携帯 ・ 送付先FAX (- -)
勤務先名 (健康保険組合等)	
受診希望日	第1希望 年 月 日 ()
	第2希望 年 月 日 ()
	第3希望 年 月 日 ()
選択項目 (成人病検診 ・ 半日ドックのみ)	胃透視(バリウム) ・ 胃内視鏡(胃カメラ)※別途¥2,200追加
ご希望オプション (成人病検診 ・ 半日ドックのみ)	
支払い方法	個人 ・ 企業

予約の決定日は、健診室から上記連絡先にご連絡させていただきます。

- ※健診・ドックは完全予約制となっております。1週間前までにお申込をお願い致します。
- ※ご案内等は、健診日の約2～3週間前に郵送させていただきます。
- ※上記に不明の部分等がございましたら、健診室から連絡を取らせて頂くことがございます。
- ※くれぐれも、記入漏れがないように御願い致します。
- ※お問い合わせ等ございましたら、0748-36-5467までご連絡下さい。

公益財団法人 近江兄弟社 ヴォーリス記念病院



〒523-8523

滋賀県近江八幡市北之庄町492

TEL: 0748-36-5467

FAX: 0748-36-5477

健診室

FAX番号
0748-36-5477