

人間ドック申込書（長谷川記念病院用）

この申込書をプリントアウトの上、ご記入して受付にてお申し込みください。

申 込 日	2019年	月	日
保険の種別	国民健康保険 ・ 後期高齢者医療		
被保険者番号			
住 所	〒 新見市		
ふりがな 氏 名			
性 別	男 ・ 女		
生年月日	大正・昭和	年	月 日
電話番号 (よろしければ 携帯番号も)			

医療機関など 検査項目		長谷川記念病院	受診希望月		
			第1希望	第2希望	第3希望
基本 コース	脳ドック		月	月	月

- ①希望する検査項目の欄に○を記入してください。
- ②受診希望月をご記入ください。