

人 間 ド ッ ク 申 込 書

※黄色でマークした箇所に必要事項をご記入いただき当プラザまでFAXをお願い致します。

(/)

事業所名	様	電話番号	— —	通信欄
住 所	〒	FAX番号	— —	
		担当者名	様	

フリガナ 氏 名	性 別	生 年 月 日 保険証記号-番号-続柄	オ プ シ ョ ン (希 望 項 目 に ○ 印)			受 診 票 郵 送 先		受 診 確 定 日
ケンコウ タロウ	男 女	昭 平 47年 5月 1日	PSA	子宮がん	乳がん(視・触診)	〒 —	電話 — —	10/1
(例)健康 太郎		1234567-890 (本 配 家)	胃がんリスク	男性セット	〃 (超音波)	(自宅・会社)		
	男 女	昭 平 年 月 日	PSA	子宮がん	乳がん(視・触診)	〒 —	電話 — —	/
		— 本 配 家	胃がんリスク	男性セット	〃 (超音波)	(自宅・会社)		
	男 女	昭 平 年 月 日	PSA	子宮がん	乳がん(視・触診)	〒 —	電話 — —	/
		— 本 配 家	胃がんリスク	男性セット	〃 (超音波)	(自宅・会社)		
	男 女	昭 平 年 月 日	PSA	子宮がん	乳がん(視・触診)	〒 —	電話 — —	/
		— 本 配 家	胃がんリスク	男性セット	〃 (超音波)	(自宅・会社)		
	男 女	昭 平 年 月 日	PSA	子宮がん	乳がん(視・触診)	〒 —	電話 — —	/
		— 本 配 家	胃がんリスク	男性セット	〃 (超音波)	(自宅・会社)		
	男 女	昭 平 年 月 日	PSA	子宮がん	乳がん(視・触診)	〒 —	電話 — —	/
		— 本 配 家	胃がんリスク	男性セット	〃 (超音波)	(自宅・会社)		

※保険証続柄 本＝本人、配＝配偶者、家＝家族の内、該当項目を○で囲んでください。

お電話にて予約日が確定しましたらお手数ですが必要事項をご記入の上、
0285-28-3055までFAXの程お願いいたします。
後日ご指定の場所へ健診キットをお送りいたします。

<申し込み先>

一般財団法人 日本健康管理協会 北関東支部 とちぎ健診プラザ
〒323-0822 栃木県小山市駅南町6-14-18
TEL 0285-28-3111 FAX 0285-28-3055