

# 個人健診Aコース(雇用前・定期)申込・受付票

申込日 R 年 月 日

ID:

|         |                      |  |     |
|---------|----------------------|--|-----|
| フリガナ    |                      |  | 性別  |
| 氏名      |                      |  | 男 女 |
| 生年月日    | 昭和 年 月 日 ( 才 )<br>平成 |  |     |
| 住所      | 〒                    |  |     |
| 電話番号    | - -                  |  |     |
| メールアドレス |                      |  |     |

|                       |          |
|-----------------------|----------|
| ●検査項目の記載がある用紙をお持ちですか。 | はい ・ いいえ |
| ●結果を記入する用紙をお持ちですか。    | はい ・ いいえ |

※検査項目によっては、当院でご受診いただけない場合がございます。あらかじめご了承ください。

## ◆受診希望日について

実施日は、毎週月曜日～土曜日で、受付時間は11時からとなっております。

※日によって受付時間が変更となる場合がございます。

申込受付時のご予約状況によっては、希望日でのご案内が難しい場合がございますので、あらかじめご了承ください。

|       |                 |                 |                 |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 受診希望日 | 第1希望日<br>月 日( ) | 第2希望日<br>月 日( ) | 第3希望日<br>月 日( ) |
|-------|-----------------|-----------------|-----------------|

- こちらの用紙を、当院にFAXかメールでお送りください。
- お申込み後、1週間以内に当院より予約内容のご確認の連絡をいたします。内容確認の連絡がない場合は、お手数をおかけしますが、当院までご連絡をお願いします。

お申込先: 姫路中央病院附属クリニック健診センター  
FAX: 079-235-6009 TEL: 079-235-3600 (9:00~17:00)  
メールアドレス: pet@hc-hosp.or.jp

----- 健診センター使用欄 -----

|      |                       |       |
|------|-----------------------|-------|
| オーダー | 本予約日                  |       |
|      | 年 月 日( )<br>受付時間: 時 分 |       |
| 支払い  | 当日 振込                 | 受診料 円 |
|      | 郵送 手渡し ( )            |       |
| 備考   |                       |       |

# 個人健診Aコース(雇用前・定期)申込・受付票

申込日 R ○ 年 △ 月 □□日

ID:

|         |                                                             |  |                                                            |
|---------|-------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|
| フリガナ    | ヒメチュウ タロウ                                                   |  | 性別                                                         |
| 氏名      | 姫中 太郎                                                       |  | <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 |
| 生年月日    | 昭和 <input checked="" type="radio"/> 平成 16 年 4 月 1 日 ( 21 才) |  |                                                            |
| 住所      | 〒 672-8043<br>兵庫県姫路市飾磨区上野田1丁目16番1                           |  |                                                            |
| 電話番号    | 079 - 235 - 3600                                            |  |                                                            |
| メールアドレス | pet@hc-hosp.or.jp                                           |  |                                                            |

|                       |                                     |   |                                      |
|-----------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| ●検査項目の記載がある用紙をお持ちですか。 | <input checked="" type="radio"/> はい | ・ | <input type="radio"/> いいえ            |
| ●結果を記入する用紙をお持ちですか。    | <input type="radio"/> はい            | ・ | <input checked="" type="radio"/> いいえ |

※検査項目によっては、当院でご受診いただけない場合がございます。あらかじめご了承ください。

## ◆受診希望日について

実施日は、毎週月曜日～土曜日で、受付時間は11時からとなっております。

※日によって受付時間が変更となる場合がございます。

申込受付時のご予約状況によっては、希望日でのご案内が難しい場合がございますので、あらかじめご了承ください。

| 受診希望日 | 第1希望日      | 第2希望日      | 第3希望日      |
|-------|------------|------------|------------|
|       | △月 □日( ▲ ) | △月 □日( ▲ ) | △月 □日( ▲ ) |

- こちらの用紙を、当院にFAXかメールでお送りください。
- お申込み後、1週間以内に当院より予約内容のご確認の連絡をいたします。内容確認の連絡がない場合は、お手数をおかけしますが、当院までご連絡をお願いします。

お申込先: 姫路中央病院附属クリニック健診センター  
FAX: 079-235-6009 TEL: 079-235-3600 (9:00~17:00)  
メールアドレス: pet@hc-hosp.or.jp

----- 健診センター使用欄 -----

|      |                       |     |     |   |
|------|-----------------------|-----|-----|---|
| オーダー | 本予約日                  |     |     |   |
|      | 年 月 日( )<br>受付時間: 時 分 |     |     |   |
| 支払い  | 当日                    | 振込  | 受診料 | 円 |
|      | 郵送                    | 手渡し | ( ) |   |
| 備考   |                       |     |     |   |