

シルバードック【自費】申込書

【集合時間】 午前 8:00 午後 12:30

※受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえ、FAXにてお申し込み下さい。 ※健診代金は税込みです。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)	FAX番号	(_____)
健康保険証:記号	_____	事業所ご担当者	_____

送付先:(支店・営業所・自宅等) ※上記と異なる場合のみご記入下さい。

事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	_____

希望コースに○をして下さい。

フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診予約日	胃・便 あり 33,000円	胃・便 なし 23,100円	備考
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 () 午前・午後			

午後 12:30 の方限定!

- ・骨粗しょう症マーカー【血液検査】
 - ・心不全マーカー【血液検査】
 - ・脳健康チェック
- (7000円相当の検査を追加費用なしで受診できます)

医療法人社団さわやか済世 健診プラザ両国
お問い合わせ 03-3846-3731

◎お問合せ時間 (月～金) 9:00～12:00 13:00～16:00

FAX 03-3846-3732