



※本申込書及び健診のご案内は釧路地方法人会ホームページからも印刷できます。

ドック申込書

受付No. _____

受付 平成 年 月 日

	氏 ^{フリガナ} 名	性別	生年月日	電 話	基本コース名 ①～③	希望オプション名	健診希望月	会社 請求	自己 負担	備 考
	住 所		会社役職名							
1		男女	年 月 日	☎携帯 電話 ☎自宅 電話	①三大ドック ②PET総合ドック ③PET総合ドック +脳精密			あり	あり	
	〒		会 社 役職名							
2		男女	年 月 日	☎携帯 電話 ☎自宅 電話	①三大ドック ②PET総合ドック ③PET総合ドック +脳精密			あり	あり	
	〒		会 社 役職名							
3		男女	年 月 日	☎携帯 電話 ☎自宅 電話	①三大ドック ②PET総合ドック ③PET総合ドック +脳精密			あり	あり	
	〒		会 社 役職名							

※注意事項⇒次の方は事前に健診センター(0120-133-527)又は主治医へご相談ください。その後、受診していただく場合は**直接法人会事務局**へお申し込みください。

(①妊婦 ②造影剤アレルギーのある方)⇒健診センター

(①糖尿病・腎臓病の方 ②ペースメーカーを入れている方)⇒主治医

※釧路地方法人会ドック申込書により健診を申し込みする受診者は、当会社の経営者・常勤役員・職員ですので

上記の通り _____ 名 申し込み致します。

会社名： _____

印

申し込み責任者： _____

住 所： _____

TEL： _____

FAX： _____