

FAX送信先：0466-24-3630

公立学校共済組合神奈川支部教職員 様用
＜人間ドック等FAX申込み用紙＞

申込日： 年 月 日

【申込者様情報】 必要事項のご記入をお願いします(*印 必須) 選択項目についてはOをお願いします

所属コード / 所属所名	/
* 組合員証番号	
ふりがな	
* 氏名	
* ご住所	〒 -
* 電話番号 <small>(日中つながりやすい番号のご記入をお願いします)</small>	()
* FAX 返信先番号	()
* 生年月日・年齢(申込時点)	年 月 日 / 満()歳
性別	男性 ・ 女性

【申込健診】

申込健診の種類	人間ドック ・ 一泊人間ドック ・ 脳ドック
申込健診種別コード(3ケタ) <small>※結果通知画面に記載あり</small>	111 ・ 121 ・ 131 ・ 112 ・ 122 ・ 132 (40歳未満人間ドック) 115 ・ 125 ・ 135 ・ 116 ・ 126 ・ 136 (40歳以上人間ドック) 311

【希望オプション検査】 ※補助対象については申込手引きをご確認ください

希望契約オプション※ <small>(PSAはドック基本項目(男性のみ))</small>	・ 子宮頸がん検査 ・ 子宮頸がん+体がん検査 ・ マンモグラフィ検査 ・ 乳房超音波検査
その他オプション(自費)	胃バリウムから胃カメラへの変更希望はこちらに記載(別途負担金¥2,000(税別))

【健診希望日】 ※申込から3週間以上先の日程をご記入下さい

* 第 1 希 望	年 月 日
* 第 2 希 望	年 月 日
* 第 3 希 望	年 月 日
第 4 希 望	年 月 日
第 5 希 望	年 月 日

予約決定日時(センター記入箇所)	年 月 日 受付時間 :
------------------	--------------

※胃カメラ実施曜日：月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日、脳ドック休診曜日：木曜日
※脳ドック・胃カメラ・マンモグラフィは大変混みあっているため、必ず第5希望までご記入いただくか
お電話でのご予約をお勧めいたします

受付完了後、ご予約日時についてFAXにてご返信いたします
(日程調整が必要な場合はこちらからお電話させていただきます)

お申込みいただき誠にありがとうございました

医療法人社団 藤順会 藤沢総合健診センター