



公益社団法人 釧路地方法人会 御中



0154(41)0005

※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

年

月

日

| | 氏 ^{フリガナ} 名 | 性別 | 生年月日 | 電 話 | 基本コース名 ①～⑤ | 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 | ①三大ドック(2日間コース) ②クイック(8時間コース) ③プレミアム(ク) ④PET総合がんドック ⑤PET総合+脳ドック | | | あり | あり | |
| | | | | ☎自宅 電話 | | | | | | |
| | 〒 | | | 会 社 役職名 | | | | なし | なし | |
| 2 | | 男女 | 年 月 日 | ☎携帯 電話 | ①三大ドック(2日間コース) ②クイック(8時間コース) ③プレミアム(ク) ④PET総合がんドック ⑤PET総合+脳ドック | | | あり | あり | |
| | | | | ☎自宅 電話 | | | | | | |
| | 〒 | | | 会 社 役職名 | | | | なし | なし | |
| 3 | | 男女 | 年 月 日 | ☎携帯 電話 | ①三大ドック(2日間コース) ②クイック(8時間コース) ③プレミアム(ク) ④PET総合がんドック ⑤PET総合+脳ドック | | | あり | あり | |
| | | | | ☎自宅 電話 | | | | | | |
| | 〒 | | | 会 社 役職名 | | | | なし | なし | |

※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：

※ドック申込書に書かれている内容等につきましては、個人情報取り扱い規定に基づき、釧路孝仁会記念病院高度健診センターが実施する健診以外には利用致しません。