



※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 ☎自宅 電話	①三大ドック(2日間コース) ②ククイック(8時間コース) ③クプレミアム(ク) ④PET総合ドック ⑤PET総合+脳ドック			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(2日間コース) ②ククイック(8時間コース) ③クプレミアム(ク) ④PET総合ドック ⑤PET総合+脳ドック			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(2日間コース) ②ククイック(8時間コース) ③クプレミアム(ク) ④PET総合ドック ⑤PET総合+脳ドック			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：

※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、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。