

戸塚泉栄工業会機専用
人間ドック申込書

どちらかに○を付けて下さい

(個人申込 ・ ご紹介)

会社名	
健康保険組合名	

受診者氏名	(フリガナ)	保険証の記号・番号(本人・家族)	
		記号	番号
自宅住所	〒	TEL	
		携帯	
受診希望日	第1希望日	第2希望日	第3希望日
希望コース	人間ドック	¥37,000	(税抜)
	脳検査	¥18,000	(税抜)
胃の検査	バリウム検査	内視鏡(経口)	内視鏡(経鼻)
オプション検査	1.希望あり(オプション名を記入して下さい) 2.希望なし		

- *ご予約日につきましては折り返しご連絡させていただきます。
- *健康保険組合様の補助をご利用の場合や当施設の契約内容によりご相談させて頂く場合がございます。
- *料金は当日受付にてお支払下さい。

☆お問合せ☆
戸塚共立メディカルサテライト健診センター
☎0120-733-153(平日9:00~16:00/土曜9:00~12:00)