

協会けんぽお申込日 (FAX発信日): 年 月 日お申込

FAX 03-3474-1355

(公財)河野臨床医学研究所 附属

北品川クリニック 全国健康保険協会(協会けんぽ)FAX申込書

下記の必要事項をご記入の上、FAXをしてください。(電話でのご予約も承っております。)

【FAX送信だけでは予約は完了しておりません】

FAX着信後、当クリニックより確認の連絡をいたします。

尚、FAX申込書送信後、3営業日以上経過しても当クリニックから連絡がない場合は、

FAX不着等も考えられますので、お手数ですが、下記までお電話をくださいますようお願いいたします。

※□は該当するものをチェックしてください

	第一希望	第二希望	第三希望
	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()
受診希望日時	8時台 9時台 10時台 指定なし	8時台 9時台 10時台 指定なし	8時台 9時台 10時台 指定なし
※希望日は 本日から一か月後以降の日程 をご記入ください。 ご希望の時間がございましたら○で囲んでください。 尚、空き状況などにより、日程の変更をお願いする場合がございますのでご了承ください。			
ご希望コース 胃X線と胃内視鏡 選択の場合どちらか○	<input type="checkbox"/> 一般健診		<input type="checkbox"/> 一般健診+付加健診
	<input type="checkbox"/> 特定健康診査		<input type="checkbox"/> 特定健康診査+追加セット
	<input type="checkbox"/> 子宮がん検診		
フリガナ			性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
漢字氏名			生年月日 (西暦) 年 月 日 (歳)
所属	勤務先名:	健保加入	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	協会けんぽ支部名:	ご希望の 連絡先	勤務先 - -
住所	〒		自宅 - -
			携帯 - -
オプション検査 ご希望があれば追加 で検査できます	◆子宮と乳房検査は火・水・金実施(女性スタッフのみ対応)		FAX番号 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先
	◆胃内視鏡は火・水・金・土実施		- -
	子宮頸部がん検査	<input type="checkbox"/> 子宮頸部内診・細胞診	
	乳がん検査	<input type="checkbox"/> 乳房超音波	<input type="checkbox"/> 乳房マンモグラフィ
その他	<input type="checkbox"/> 肝炎ウイルス検査	<input type="checkbox"/> HCV核酸増幅検査	
◎ご質問ご要望などはこちらにご記入ください			

【お問合せ先】

北品川クリニック 予約係

TEL:03-6433-3273(予約専用ダイヤル) FAX:03-3474-1355