

人間ドック健診申込書

個人用

事業所・共済組合・健保組合等で申込される方は別用紙になります。

当センターにお申込みいただきまして誠にありがとうございます。

必要事項をご記入のうえFAXまたは郵便にて返送してください。

※ 申込書が届き次第、ご連絡させていただきます。 **連絡先**

(お手数ですがアパート名、部屋番号までご記入してください。)		TEL 017-765-2570						
住所 〒 030 - 0962		FAX 017-765-2580						
青森市佃二丁目〇-〇								
①	フリガナ	ケンシン タロウ	性別	男・女	生年月日	大正・ 昭和 ・平成	年齢	〇〇 歳
	氏名	健診 太郎						
保険者番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	記号		〇〇〇〇〇〇	番号		〇〇〇〇
②	フリガナ	ケンシン ハナコ	性別	男・女	生年月日	大正・ 昭和 ・平成	年齢	〇〇 歳
	氏名	健診 花子						
保険者番号			記号			番号		

※ご夫婦で申し込みされる場合、コース料金が5%割引となります。

〈申込コース〉

ご希望のコースに○印を記入してください。

コース	①		②	
	基本	女性セット	基本	女性セット
一日ドック 簡易コース				
一日ドック 標準コース				1
二日ドック 宿泊なし	1			
二日ドック 宿泊あり				

〈健診希望日〉

第三希望日まで記入してください。

	①		②	
	第一希望日	4月20日	4月20日	
第二希望日	5月10日	5月9日		
第三希望日	6月5日	6月10日		

〈オプション検査〉 ご希望の項目に○印を記入してください。

追加可能 コース	簡易 コース	簡易・標準 コース	すべてのコース										二日 コース							
			腫瘍マーカー					血液検査												
			肺機能 検査	動脈硬化 検査	胸部CT 検査	喀痰細胞診 検査	血液流動性 検査	C E A	C A 1 9 1 9	A F P	C A 1 2 5	ペ プ シ ノ ゲ ン		ヘ リ コ バ ク タ ー ピ ロ リ 抗 体	心機能 B N P	N T P r o B N P	内 臓 脂 肪 測 定	※心臓超 音波	※胃内視 鏡検査	骨密度検査 (男性のみ)
①			○								○									
②									○											○

※実施日程をご確認下さい。実施人数に制限があります。

〈特定健診〉

※特定受診券をお持ちの方、健保組合等に結果を提出される方は必要になります。

1	必要
2	不要

〈支払い方法〉

1	当日払い
2	後日振込

〈備考〉

〈お申込み・お問い合わせ先〉

公益財団法人 青森県総合健診センター
附属 あおもり人間ドックセンター

ドック健診係まで

〒030-0962 青森市佃二丁目19番12号

TEL: 017-765-2570 (直通) FAX: 017-765-2580 (直通)

※健診等に関わる個人情報について、疫学病予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承願います。