高井戸東健診クリニック　**人間ドックの予約（一般）**

お申込日　　年　　月　　日　（　　）

お名前（ペア健診・女子会ドックの場合は代表者）

ご連絡先　　ＦＡＸ*

電話（昼間連絡がつく番号）

*原則として開院日３日以内にＦＡＸで、返信します。職場やコンビニからのＦＡＸ送信で、ＦＡＸ返信ができない場合はご連絡先の「ＦＡＸ」に×をつけてください。

ドック説明書や検体容器の送付先

〒□□□―□□□□

様

ペア健診・女子会ドックの場合には代表者の方にまとめて送付します。

当クリニック受診ははじめてですか？（該当の番号に○してください）

１．はじめて受診する

２．１階総合健診フロアに受診したことがある。（一般・職域健診・区民健診・その他）

３．２階女性のためのがん検診フロアに受診したことがある。

⇒２、３の方で診察券をお持ちの方は番号を書いてください（Ｎｏ．　　）。

受診希望日時　第３希望まで記載してください。３ヶ月前から予約可能。

①　西暦	年	月	日	（午前）
②　西暦	年	月	日	（午前）
③　西暦	年	月	日	（午前）

受診される方のお名前・生年月日（欄が足りない場合は紙を足してください）	氏名　性別	生年月日
	（男　女）	西暦　年　月　日生
	（男　女）	西暦　年　月　日生
	（男　女）	西暦　年　月　日生

受診希望のコースの３桁のコード番号			

（クリニック使用欄）　予約をさせていただきました。以下の時刻に受付においでいただき、この用紙を受付に出してください。健康保険証を持参してください。

月　　日　　時　　分

ドック費用のお見積もり（総額）

予約専用ＦＡＸ　03-5346-7620　予約専用電話　03-3331-2268