FAX　０３－３２８３－７７６８

東京商工会議所　組織運営課　健康管理サービス係行

人間ドック・脳ドック受診申込書（健康医学協会）

|  |  |
| --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ事業者名 | 　　　　　 |
| 住所 |  | 担当部署 |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ　　　ご担当者 |  |
| 電話 |  | e-mail |  |
| FAX |  |  |  |
| フリガナ受診者名 | 生年月日／希望日 | 受診項目　　　　　　　　　　　　　　　（○で囲む） | 希望受診施設　　　　　　　（○で囲む） |
|  | 昭和・平成　　　年 月 日 | 人間ドック ①半日 ②宿泊脳ドック ①全項目 ②簡易 | 霞が関ビル診療所東都クリニック |
| 　月　　　日 |
| PET-CT検査 | 東都クリニック |
| 性別　 | 男 ・ 女 |
|  | 昭和・平成　　　年 月 日 | 人間ドック ①半日 ②宿泊脳ドック ①全項目 ②簡易 | 霞が関ビル診療所東都クリニック |
| 月　　　日  |
| PET-CT検査 | 東都クリニック |
| 性別　 | 男 ・ 女 |
|  | 昭和・平成　　　年 月 日 | 人間ドック ①半日 ②宿泊脳ドック ①全項目 ②簡易 | 霞が関ビル診療所東都クリニック |
| 　　月　　　日　 |
| PET-CT検査 | 東都クリニック |
| 性別 | 男 ・ 女 |
|  | 昭和・平成　　　年 月 日 | 人間ドック ①半日 ②宿泊脳ドック ①全項目 ②簡易 | 霞が関ビル診療所東都クリニック |
| 　　　　　　　　　月　　　日　 |
| PET-CT検査 | 東都クリニック |
| 性別 | 男 ・ 女 |

ご記入いただきました情報は、当該健康管理サービスに関する連絡・記録のために使用いたします。