

個人・一般

健康診断予約依頼書(FAX用) 【申込日 令和 年 月 日】

以下の必須項目を記載の上、用紙下記載のFAXへ御送付下さい。予約が取れ次第、追ってご連絡させていただきます。

予約前に、検査項目等が決まっている場合、お手持ちの検査項目が記載されている書類も一緒に御送付下さい。

ふりがな  
※お名前 \_\_\_\_\_ 様

( 大 ・ 昭 ・ 平 )

※生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 (満 歳)

※性 別 男 ・ 女

〒 \_\_\_\_\_

※ご住所 \_\_\_\_\_

※電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話 \_\_\_\_\_

★★予約に関して★★  
ご希望の予約日、時間をご記入下さい。

●第一希望	_____ 月 _____ 日 _____ : _____ 頃
●第二希望	_____ 月 _____ 日 _____ : _____ 頃
●第三希望	_____ 月 _____ 日 _____ : _____ 頃

※の部分  
はご記入  
必須項目  
となり  
ます。  
必ずご  
記入を  
お願  
い致し  
ます。  
また、  
ご記入  
いただけ  
ない場  
合、予  
約を入  
れられ  
ない場  
合もご  
ざい  
ます。

《ご希望のオプション検査、要望等》

《申込み先》 新越谷病院 医事課 健診受付

TEL048-964-2211 FAX048-962-5130



ITABASHI MEDICAL SYSTEM