人間ドック　予約申込書　　法人様用

村上記念病院　ドック担当　行　　⇒　FAX　0848-23-3508

フリガナ		性別
氏名	＊診察券番号 （初めての方は不要） ＜　　＞	男　・　女
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日　（　　）歳	
住所	〒　　－	
電話番号	①　□自宅 □携帯　　－　　－ □会社 ②　□自宅 □携帯　　－　　－ □会社 ご都合の良い時間帯　　：　　～　　：　　頃　（9:00～17:00　木土は13:00まで）	
ご希望日	胃カメラご希望の場合は、月・火・金・土曜日となっております。	
	第1希望日　　月　　日（　　）　第3希望日　　月　　日（　　）	
	第2希望日　　月　　日（　　）　（　　）	

会社様名と、ご希望に〇をつけてください。

会社様名　【　　】	
胃の検査は【　胃カメラ　・　胃レントゲン（バリウム）　】　を希望	
ドック後の食事は　【　国際ホテルランチ券　・　お弁当　・　軽食　】　を希望	無料サービスです。

その他オプション検査のご希望ございましたら、✔を入れてください。

オプション	□　腹部CT検査	¥15,000
	□　頭部MRI検査	¥19,000
	□　PSA（前立腺）検査	¥1,400
	□　骨密度検査	¥800
	□　乳がん検査　（乳房触診および乳房超音波）　・・・提携医療機関紹介となります	¥2,100
	□　子宮頸がん検査　（細胞診）　・・・提携医療機関紹介となります	¥3,100

※　FAXをお送りいただきましたら、こちらからお電話にて健診日をご連絡させていただきます。
お申込みが多数の場合、こちらから連絡までに数日かかる場合があります。

決定日	月　　日（　　）　　：

お問い合わせ先
村上記念病院　受付
〒722-0014　尾道市新浜1丁目14-26
TEL　0848-22-3131　FAX　0848-23-3508