

【 脳ドック受診申込書 】

受診者	フリガナ		男	(自宅)	
	氏名				
	生年月日	M / S 年 月 日	年齢	歳	
	自宅住所	〒			
勤務先	事業所名				
	住所	〒			
希望コース	Aコース ・ Bコース ・ Cコース				
第1受診希望日	平成 年 月 日 (曜日)				
第2受診希望日	平成 年 月 日 (曜日)				

次の質問に該当する項目に 印をつけてください。

心臓ペースメーカーを装着していますか？	していない	している
過去1年以内に健診を受けられましたか？	受 け た	受けてない
その際の健診結果の記録をお持ちですか？	持っている	持っていない

< ご注意 >

1. 受診希望日は、土・日・祝祭日を除いてください。
2. 受診日には健康保険証をご持参ください。
3. ご利用料金は当日お支払いください。

上記のとおり申し込みます。

平成 年 月 日

社会保険中央総合病院
健康管理センター長 行