

医療機関名

坂井市立三国病院 ドック室 宛 FAX0776-82-5770

人間ドック申込書

記入日 年 月 日

受診希望日	平成 年 月 日 ()		
受診者	フリガナ		性別 男・女
	氏名		
	生年月日	M:T:S:H 年 月 日	
	住所	〒	
	電話番号		
ドックの種類	基本コース(ご希望のコースを○で囲んでください) ● 1日ドック ● 2日ドック ● 脳ドック ● 1日ドック+脳ドック ● 2日ドック+脳ドック		
	オプションコース(ご希望のコースを○で囲んでください) ● 子宮がん検査(細胞診) ● 乳がん検査(マンモグラフィ検査) ● 前立腺がん検査(腫瘍マーカーPSA)		
保険の種類	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険		
当院を受診されたことは (ある ない)			
その他(ご要望などがありましたらご記入ください)			

〒 913-8611

福井県坂井市三国町中央1丁目2番34号

坂井市立三国病院 ドック室

TEL 0776-82-0480(代)