

FAX 052-881-8001

| | | | |
|-------|-----|-------|-------|
| 医療機関名 | | ご担当者名 | |
| 所在地 | 〒 - | 電話番号 | () - |
| | | FAX番号 | () - |

●下記に必要事項をご記入、該当事項を○で囲んでください。

| 受診される方 | 性別 | 生年月日 | 資格 | 受診コース | 受診希望日 | オプション検査 |
|----------------------|----|------------|-------------|-----------------|---------------------|-------------------------------|
| フリガナ (記入例) リンショウ ハナコ | 男 | 昭和・平成 | 正組合員 | VIP・LVIP・L | 第1希望 6月17日 時間 13:30 | NO. 2 CT検査(胸部) |
| 氏名 臨床 花子 | 女 | 45年 1月 10日 | 配偶者 准組合員 | 基本・E A・B・C・D | 第2希望 6月24日 時間 13:30 | NO. 3 DWIBS検査 NO. 16 無痛MRI |
| フリガナ | 男 | 昭和・平成 | 正組合員 | VIP・LVIP・L | 第1希望 月 日 時間 : | NO. |
| 氏名 | 女 | 年 月 日 | 配偶者 准組合員 | 基本・E A・B・C・D | 第2希望 月 日 時間 : | NO. |
| フリガナ | 男 | 昭和・平成 | 正組合員 | VIP・LVIP・L | 第1希望 月 日 時間 : | NO. |
| 氏名 | 女 | 年 月 日 | 配偶者 准組合員 | 基本・E A・B・C・D | 第2希望 月 日 時間 : | NO. |
| フリガナ | 男 | 昭和・平成 | 正組合員 | VIP・LVIP・L | 第1希望 月 日 時間 : | NO. |
| 氏名 | 女 | 年 月 日 | 配偶者 准組合員 | 基本・E A・B・C・D | 第2希望 月 日 時間 : | NO. |
| フリガナ | 男 | 昭和・平成 | 正組合員 | VIP・LVIP・L | 第1希望 月 日 時間 : | NO. |
| 氏名 | 女 | 年 月 日 | 配偶者 准組合員 | 基本・E A・B・C・D | 第2希望 月 日 時間 : | NO. |

