

# FAX 送信状

FAX : 0263-92-3260

松本市立病院 健康管理室 人間ドック担当 御中

## 人間ドック申込書

人間ドック受診コースからご希望のコースを選択頂き、下記の必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送にてお申し込みをお願い致します。なお電話でのお問い合わせ、ご相談も受け承ります。予約状況によりご希望に添えない場合がございますので、予めご了承下さい。

申し込み日 20 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	生年月日
氏名		男 女	歳	昭和 年 月 日 平成
住所	〒( )-( )	TEL ( )-( )-( )		
勤務先		TEL ( )-( )-( )		
松本市立病院 診察券番号 (お持ちの方)				

日中の連絡先	自宅・携帯・勤務先	TEL ( )-( )-( )	ご連絡可能な時間帯	: ~ :
	自宅・携帯・勤務先	TEL ( )-( )-( )		: ~ :

以下のとおり人間ドックを申し込みます。 (ご希望のコース番号に○印をお願いします)

受診コース	1	日帰り 人間ドック	42,660 円
	2	人間ドック 1泊2日 (A)	66,960 円
	3	アクティブドック 1泊2日 (B)	
	4	日帰り 脳ドック	48,600 円

受診日	第1希望日	20 年 月 日 ( ) 曜日
	第2希望日	20 年 月 日 ( ) 曜日
	第3希望日	20 年 月 日 ( ) 曜日

誤送信等ございましたら担当者までご連絡下さい。

このファクシミリは、当病院と依頼者間の通信事項を含んでおり、上記に記載された方のみにより利用されることが予定されています。  
上記に記載された方以外の方が、このファクシミリを読み、写しを作成し、またはその内容を第三者に開示することはいずれも禁止されています。

FAX : 0263-92-3260

郵送 : 〒390-1401 松本市波田 4417-180 健康管理室

電話 : 0263-92-7106 (直通) 松本市立病院 健康管理室 14:00~17:00