

申込みFAX番号 0237-55-2444

## 健診予約申込書

		申込み日 令和 年 月 日	
事業所名		担当者名	
住 所 〒	TEL		
	FAX		

フリガナ		性別	生年月日
受診者名			T S H
	男 ・ 女		年 月 日
自宅住所 〒			
電話番号			

申込みコース ( □にチェックを入れてください )			
<input type="checkbox"/> A	脳健診 MRI	<input type="checkbox"/> C	簡易脳ドック
<input type="checkbox"/> B	脳血管健診 ( 頸部MRA )	<input type="checkbox"/> D	脳ドック
<input type="checkbox"/> オプション	LOX-index ロックスインデックス		

受診希望日 ( * 月曜・火曜・木曜日・金曜日となります )			
第一希望		第二希望	
令和 年 月 日 曜日		令和 年 月 日 曜日	

- \* 複数の申し込みの場合には申込書をコピーして下さいますようお願いいたします。
- \* 「個人情報の取扱いについて」お申込時にお預かりした個人情報につきましては、本事業運営のために検査機関に提供します。必ず、受診される方が同意の上、お申込みくださいますようお願いいたします。それ以外の目的で利用することはありません。

公益社団法人 村山法人会

〒995-0035 山形県村山市中央一丁目3-5

TEL 0237-55-2555 ・ FAX 0237-55-2444