人 間 ド ッ ク 申 込 書

山形県立河北病院　　人間ドック担当　行き

ＦＡＸ番号　0237－73－4506（添書不要）

下記のとおり人間ドックを申し込みます。　　申込日：令和　　年　　月　　日

（フリガナ） 氏　　名 生年月日	性別	住　　所 電話番号	希望コースの右欄に○を記入してください		オプション検査（希望するものに○を記入してください。）							
					骨塩定量	マンモ	喀痰	胸部ＣＴ	ヘリコバクター・ピロリ	負荷心電図	動脈硬化	頸動脈エコー
（　　） 昭　和　・　平　成 年　　月　　日	男・女	〒　　－ TEL　　－　　－	１日コース									
			２日コース									
（　　） 昭　和　・　平　成 年　　月　　日	男・女	〒　　－ TEL　　－　　－	１日コース									
			２日コース									