

# 健診予約申込書 (FAX)

送信先：西京都病院 健診センター FAX：075-391-6166

※ご希望日は予約確定日ではありません。内容確認後、当院よりご連絡いたします。

## 1. 受診者情報

お名前 (必須)	
ふりがな (必須)	
性別 (必須)	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
生年月日 (必須)	西暦 年 月 日
電話番号 (必須)	
メールアドレス (任意)	
郵便番号 (必須)	〒 -
住所 (必須)	都道府県： 市区町村： 番地： 建物名等：

## 2. ご希望の健診コース・オプション

人間ドックコース /健診種類	<input type="checkbox"/> ベーシック <input type="checkbox"/> スタンダード <input type="checkbox"/> スタンダードプラス (脳・肺・レディース) <input type="checkbox"/> プレミアム (男性・女性) その他【 <input type="checkbox"/> 企業健診 (A・B) <input type="checkbox"/> 雇用時健診 <input type="checkbox"/> 京都市胃がん検診】
オプション (任意)	<input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 肺ドック <input type="checkbox"/> レディース検診 <input type="checkbox"/> レディース検診ライト <input type="checkbox"/> 骨粗しょう症検査 <input type="checkbox"/> 心臓エコー検査 <input type="checkbox"/> 頸動脈エコー検査 <input type="checkbox"/> アレルギー検査 <input type="checkbox"/> 膠原病セット <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー追加セット <input type="checkbox"/> 甲状腺機能検査 <input type="checkbox"/> HPV 検査
ご希望日 (必須)	第1 ご希望日：20 年 月 日 ( ) 第2 ご希望日：20 年 月 日 ( ) 第3 ご希望日：20 年 月 日 ( )
備考欄 (ご質問、ご要望など)	

当院記入欄：受付日 / 担当 予約確定日 / 時間 連絡  済  未

※ FAX 送信後、数日経過しても連絡がない場合は、お手数ですが健診センターまでお電話ください  
(TEL：075-381-5552)