

鎌ヶ谷総合病院健康管理センター ファックス番号 047-498-8140

年 月 日

氏 名	
ふりがな	
診 察 券	<input type="checkbox"/> 有 (番号) <input type="checkbox"/> 無
生年月日	年 月 日 (才)
電話番号	電話可能な時間 <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 時～ 時迄
FAX 番号	
住 所	〒
種 別	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 鎌ヶ谷市民検診 <input type="checkbox"/> 政府管掌保険生活習慣病予防健診 <input type="checkbox"/> 人間ドック (いずれかを✓して下さい)
希望月日	<input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2～3ヶ月以内 (いずれかを✓して下さい)

詳細は電話または FAX にてご連絡致します。