

ご加入の健康保険組合によって申込み方法がことなりますので、ご確認よろしくお願ひ致します。

ご不明な点は電話 0466-44-2000（平日 14:00~17:00）にお問合せください。

フリガナ お名前	性別 男・女	日中の連絡先（携帯電話等）
住所 〒 -		生年月日 年 月 日

**ご加入の健康保険組合**

ご加入の健康保険組合
勤務先および事業所名
保険証（保険者名称；記号・番号）

**受診コース 希望日** \*該当項目を丸で囲んでください

Aコース（バリウム）： Bコース（胃カメラ）： 2日ドック

ウイメンズパック： 胃・大腸パック： 肺パック

その他（ ）

第一希望日	月 日 曜日
第二希望日	月 日 曜日
第三希望日	月 日 曜日

**オプション検査** \*該当項目を丸で囲んでください

\*MRI・CT検査 骨密度検査については藤沢湘南台病院放射線科での検査となります。

頭部MRI検査	CT検査（胸部・腹部・胸腹部）	動脈硬化検査（脈波伝播速度と血圧比）
大腸内視鏡検査	骨密度検査（骨密度測定）	ピロリ菌検査（抗体測定）
子宮頸がん検査	乳腺エコー	マンモグラフィ

**その他**

--

ご予約ありがとうございます。FAXまたは電話にてご連絡をさせていただきます。