※この用紙にご記入の上、郵送またはFAXにてお申込みください。

丹波市ミルネ診療所　健診センター
〒669-3464　兵庫県丹波市氷上町石生2059-5
FAX:0795-86-8253　TEL:0795-88-5671(直)
【電話・来院によるお問い合わせ　10:30～12:00　14:30～16:30】

令和7年度・人間ドック受診申込書(個人)

フリガナ		性別	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成　年　月　日
氏名					
住所	〒□□□－□□□□ 県　市郡　町				
連絡先	自宅電話	携帯電話			
受診希望日	第1希望　R　年　月　日(　)	予約状況等により、ご希望の日に受診できない場合もありますので、ご了承ください。			
	第2希望　R　年　月　日(　)				
受診希望コース(胃部検査あり)	半日ドックAコース　半日ドックBコース　半日ドックCコース　協会けんぽ生活習慣病予防健診	(女性のみ) 乳がん(□マンモ　□乳腺エコー)　□子宮頸がん　□(上記に追加)経膣エコー (左記コースとセットでお申し込みください) ＊木曜日は子宮がん検診を実施しておりません			
	【胃部検査】 胃カメラ(経口・経鼻)・胃透視(いずれかに○を付けてください) ＊胃カメラに変更された場合は**追加料金3,500円**が必要です。				
受診希望コース(胃部検査なし)	定期健康診断 (労働安全衛生規則第44条及び第51条)　採用時提出　持参　当院	町　協　個			
備考	保険証:丹波市　協会　JR　ﾄﾖﾀ　その他(　)　申込日　月　日				