

平成 年 月 日

女子 人間ドック受検申込書(40歳以上)

阪和興業健康保険組合

健康保険者証 (記号)番号	(所属部課名・内線) ()
フリガナ	⑩
氏名	
生年月日	
住所 (問診票送付先)	(〒 -)
連絡先 (電話番号)	

受検希望場所 (○で囲んで下さい。)	予防会(大阪総合健診センター) ・ 予防会(堺高島屋内診療所) コーナンメディカル(鳳) ・ 寿楽会 大野クリニック 聖授会(総合健診センター) ・ 聖授会(OCAT予防医療センター) 聖授会(フェスティバルタワークリニック) ・ MedCity21(あべのハルカス)
レディースドック (毎週月曜日午後限定)	予防会(大阪)のみ選択 希望する ・ 希望しない
第一希望日	平成 年 月 日()曜日
第二希望日	平成 年 月 日()曜日
第三希望日	平成 年 月 日()曜日
骨粗鬆症検査 (○で囲んで下さい。)	希望する ・ 希望しない
乳腺検査 (どちらか選択)	超音波 ・ マンモグラフィ(1方向)
<受検者記入欄>(補足があれば記入して下さい。)	

<健保記入欄>	
予約(/) TEL(/) 取消(/) 取直(/) 配布(/) 結果配布(/)	