滋賀県立総合病院　ドック　申込書

お名前	姓	名	
フリガナ			
性別	男　・　女	年齢	満　　歳
生年月日	昭和　・　平成　　年　　月　　日		
住所	〒　　－ 県　　市		
電話番号 ※平日の9～17時に連絡がつく番号を記入ください。	自宅　　－　　－		
	携帯電話　　－　　－		
	職　場　　－　　－		
	その他（　　）　　－　　－		
過去に滋賀県立総合病院を受診したことがありますか？	ない　・　ある		

※前問で「ある」とお答えの方で、滋賀県立総合病院の診察券をお持ちの場合は登録 No をご記入ください

□□ － □□□□ － □

受診を希望されるドックに○をつけて、希望日をご記入ください

	脳ドック（毎週水曜日）	第１希望日　　年　　月　　日	
		第２希望日　　年　　月　　日	
	乳腺ドック（毎週木曜日）	第１希望日　　年　　月　　日	
		第２希望日　　年　　月　　日	

連絡事項等　　（例：電話連絡は 12 時～13 時を希望など）

※ドックを希望される日の、当院での外来受診は健康保険の使用ができませんので、全額自費となりますのでご注意ください。

申込書をＦＡＸで送付いただく場合は、くれぐれも番号をお間違いのないようご注意ください。

ＦＡＸ番号　　077－582－9709

滋賀県立総合病院　Ｈブロック