

滋賀県立総合病院 ドック 申込書

フリガナ												
お名前	姓	名										
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 <small>※平日の9～17時に連絡がつく番号を記入ください。</small>	自宅	— —										
	携帯電話	— —										
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												
<table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="font-size: 20px; margin: 0 10px;">—</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="font-size: 20px; margin: 0 10px;">—</td> <td style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table>					—						—	
		—						—				
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										
	前立腺ドック (毎週火・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