

千代田健診センター健康診査申込書

FAX番号 03-3866-2814

電話番号 03-3863-7761

※FAX・郵送によるお申し込みは、事業所名での枠取り予約のみとさせていただきます。

事業所番号

事業所名

ご担当者名

連絡先電話番号

FAX番号

健診のご案内送付先住所

〒

受付時間欄に ①～⑥ (①8:30②9:00③9:30④10:00⑤13:00⑥13:30) をご記入ください。

健診の種別 (半日人間ドック・生活習慣病予防健診・一般予防健診) の該当する項目に□をしてください。

※胃カメラ検査のご予約は、事業所名での枠取りはできません。

※半日人間ドックをご希望の方は、受付時間 ①～⑥ を選択できます。

※生活習慣病予防健診、一般予防健診、特定健診は、受付時間 ⑤13:00⑥13:30 となります。

※受付時間の指定がない場合は、受付時間欄に午前または午後 (AM・PM) のいずれかをご記入ください。

※1日の予約枠の限度数は、各事業所ごとで午前3名、午後3名の6名を限度とします。

※レディースタイム(女性限定)は、毎月第2週・第3週木曜日の午後に実施しています。

(スタッフには男性がおりますので、あらかじめご了承ください。)

No.	健診年月日				受付時間	健診の種別		
	年	月	日	曜日		①～⑥	ドック	生活
例	2026	5	11	月	①	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>