

予約申込書（FAX 専用）

（対象者が複数名の場合、コピーしてご利用下さい。）

別紙⑦

健診機関：

ご担当者様

ヤマザキマザック健康保険組合の補助による人間ドックの予約申し込み

以下の内容で人間ドックの予約を申し込みます。

保険証記号番号	—	
氏名（フリガナ）	（フリガナ： ）	
性別	男 ・ 女	
生年月日（年齢）	昭和・平成 年 月 日生まれ（ 歳）	
本人・家族の別	社員本人 ・ 家族	
住所 （健診セット送付希望先）	〒	
電話と FAX 番号	電話：	FAX：
第一希望日	第二希望日	第三希望日
月 日（ 曜日）	月 日（ 曜日）	月 日（ 曜日）
予約結果確認	希望する予約結果の連絡方法 <input type="checkbox"/> 電話（希望時間帯： ） <input type="checkbox"/> FAX	
希望オプション検査 （ <input type="checkbox"/> の中にチェックを 入れて下さい）	<input type="checkbox"/> 前立腺がん検査	
	<input type="checkbox"/> 婦人科検診（子宮がん検診）	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（マンモグラフィ）	
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診（乳腺エコー）	
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ検査（←バリウムからの変更） <input type="checkbox"/> 経口胃カメラ <input type="checkbox"/> 経鼻胃カメラ	
	<input type="checkbox"/> 脳検査（脳ドック） （申込可能者は年末に 45 歳、50 歳、55 歳、60 歳、65 歳の方に限る）	
その他連絡欄 （予約希望時間帯など）		

健診機関使用欄：