

FAX : 092-739-0212

健診予約申込書

※ 健診を受診されるご本人様についてご記入下さい

フリガナ								
氏名								
生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男	・	女
住所	〒				-			
	自宅電話番号				携帯電話番号			

※ 健診希望日・健診コースをご記入下さい

健診希望日	第1希望日	月	日	希望曜日					
	第2希望日	月	日	月	火	水	木	金	土
	第3希望日	月	日	※ 土曜日についてはお問い合わせ下さい。					
PETドックコース	A コース B コース C コース D コース E コース								
	PETコースをご希望の方は右記の質問にお答え下さい。	身長	cm	体重	kg	糖尿病の既往 (有・無)			
人間ドックコース	日帰りドック		脳ドック		宿泊ドック				
	※ 追加希望オプション 脳ドック 肺オプション その他()								
健康診断	定期健康診断	雇入時	生活習慣病予防健診(協会健保被保険者)			成人病			

※ 内容等、ご質問等ありましたらお気軽にご相談下さい。

社会医療法人 大成会

福岡記念PET・健診センター

〒810-0054 福岡市中央区今川2丁目16-16

TEL: 092-739-0110

受付時間: 8:30~17:00(月~金)

8:30~12:30(土曜日)

※土曜不定休