

ドック申込み用紙

フリガナ お名前				性別	男 女
フリガナ ご住所	〒				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
フリガナ 勤務先名				ご職業	
勤務先 ご住所					
ご希望のドック種類 精密人間ドック 基本人間ドック 基本人間ドック+脳ドック 基本人間ドック+心肺ドック 基本人間ドック+大腸ドック PET検査					

フリガナ お名前				性別	男 女
フリガナ ご住所	〒				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	(歳)
フリガナ 勤務先名				ご職業	
勤務先 ご住所					
ご希望のドック種類 精密人間ドック 基本人間ドック 基本人間ドック+脳ドック 基本人間ドック+心肺ドック 基本人間ドック+大腸ドック PET検査					

ドックご希望日 (3週間先の日程をご記入下さい)					
第一希望	年	月	日	第二希望	年 月 日

個人情報の保護に関する基本方針

当院は、個人情報に関する法律を遵守し、厳重な管理の下、患者さまの情報を取り扱います。当院は、原則として患者さま個人の診療、病院の運営管理の目的で必要な範囲においてのみ患者さまの個人情報を収集しております。必要な情報の範囲に関しましては、医学的、専門的判断を必要とする場合もありますので、疑問な点などにつきましてはいつでもご説明に応じます。

お申込受付は

医療法人沖繩徳洲会法人

湘南厚木病院
健康増進センター

(直通)電話:046-223-7815 FAX:046-223-7815