

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 (歳)	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 () 第2希望日 月 日 () 第3希望日 月 日 ()	希望曜日 月 火 水 木 金 土 ※第二・第四土曜日は休診となります
PETコース	PETのみ ベーシックコース スタンダードコース ゴールドコース プラチナコース	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 糖尿病の既往(有・無) 体重 kg
人間ドックコース	日帰りドックコース 脳ドックコース 宿泊ドックコース ※追加希望オプション 脳オプション 肺オプション 消化器オプション その他()	
定期健康診断	定期健康診断 政府管掌 生活習慣病予防検診 (協会けんぽ)	

※コース内容については、専門の相談員もおりますのでお気軽にご相談下さい。

社会医療法人 大成会

福岡中央総合健診センター

〒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)

※第二・第四土曜日は休診となります