

ファクシミリ 送信枚数 枚	メモ
宛先 ウェルネス FAX092-711 0255	

FAX発信日 月 日
コード []

ウェルネス天神申込書 (平成23年度) 肺がん検診 専用申込書

受診確定日 年 月 日 曜日 RNO (時間帯 11)

太枠の中のみご記入下さい。(*印は、いずれかをチェックして下さい。)

希望日 月 日 ()	月 日 ()	月 日 ()
健康保険組合名	保険者番号	
会社名	有効期限	年 月 日
記号	番号	受診券番号
カナ氏名	* 1本人 2家族 * 1男 2女	
氏名	生年月日 T.S.H	年 月 日 ()才
送付先住所 (自宅) 〒 -		
自宅 TEL () -	左記以外の連絡先 () - <small>[携帯・勤務先・その他]</small>	
E-mailアドレス		
*ウェルネス利用は	初めて	複数回
*受診着サイズ	M	L LL
検査項目 ・ 肺ヘリカルCT検査+喀痰検査 10,500円(税込)		

入力	確認	発送	区分	利用券・受診券 有・無
/	/	/	1. 2. 3. 4	
		喀痰 便 尿		

休診日は、日祭日・第2・4土曜日です。
受診の5日前までに案内資料一式が届きます。(万一届かない場合は、ご連絡下さい。)

医療法人財団博愛会 人間ドックセンター「ウェルネス」
〒810-0034 福岡市中央区笹丘1-17-29
博愛会 健診予約センター TEL0120-489-379 FAX092-711-0255