



三宅おおふくクリニック

市検診プラスドック予約申込書

ご予約は、この用紙をFAXして頂くか、お電話で下記事項をお知らせください。

FAXでお申し込みの方はご予約が確定しましたら、**お電話にてご連絡**させていただきます。

1. お申込み日	平成	年	月	日
2. 今までに三宅おおふくクリニックでの受診（ある・ない）				
3. お名前 (ふりがな)				
4. 性別（男・女）				
5. 生年月日	T・S・H	年	月	日（満歳）
6. ご住所	(〒)	* マンション・コーポ名 部屋番号までご記入ください。		
	市郡			
7. お電話番号	ご自宅 ()	—	* 当院から予約確定等のご連絡をさせていただきます。	
	携帯 ()	—		
8. 胃部検査	胃カメラに変更しますか？（はい・いいえ）			
	* 胃カメラに変更される場合は差額の3,780円が必要です。			
9. 食事アレルギーの有無	市検診プラスドックには御食事がございます。食物アレルギーのある方はご記入ください。			
	なし・あり ()			
10. ご希望日	申込日より10日以降の希望日を第3希望までご記入ください。ご希望のうち1日は必ず平日をご記入ください。			
第1希望日		第2希望日		第3希望日
月 日 ()		月 日 ()		月 日 ()

婦人科・乳腺外科・内科・眼科・脳神経外科・人間ドック・健康診断



三宅おおふくクリニック

予約 FAX: 086-737-3021

〒 701-0204 岡山市南区大福393-1

予約お問い合わせ専用ダイヤル: 086-737-3020