

申込日 年 月 日

新潟白根総合病院 ドック・健診センター 行

脳ドック申し込み書

フリガナ 氏名		性別	男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日
住所	〒					
連絡先電話番号（連絡のつきやすい番号をお願い致します）						
保険種別	国民健康保険 ・ 協会けんぽ（ 本人・扶養者 ） ・ その他健康保険					
当院での健診・ドック受診歴	あり なし	診察券登録番号（	）	新潟市 受診券	あり なし	
人間ドック優待券	あり（ 2000円 ・ 5000円 ・ 10000円 ） なし					
服用歴	あり（ ） ・ なし					

脳ドック希望日（第2・第4土曜日）

第1希望日	年 月 日
第2希望日	年 月 日
第3希望日	年 月 日

日時確定のご連絡は、原則午後となります。こちらからのご連絡がない場合は、お手数ですがドック・健診センターまでご連絡をお願い致します。

お問合せ・申し込み先 新潟白根総合病院 ドック・健診センター

TEL 025-372-2191