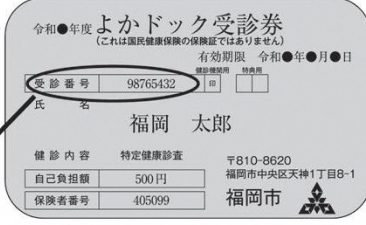


集団健診予約専用 FAX予約表

福岡市集団健診予約センター宛

FAX番号：0120-931-869

※番号をお確かめのうえ、お間違いのないようお送りください。※医療機関への予約には使えません。

項目	申込み内容	
フリガナ おなまえ	姓 名 様	
性別 (○を付ける)	男 ・ 女	
生年月日 (年号に○を付ける)	大正・昭和・平成 年 月 日	
郵便番号	□□□□-□□□□	
ご住所	福岡市	
問診票等 送付先 (住所と異なる場合)	福岡市	
ご連絡先	FAX番号 ()	
	電話番号 ()	
	e-mailアドレス @	
よかドック (特定健診) 受診番号	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-right: 5px;"> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> </div> <div style="font-size: small;"> ※よかドック受診希望者は、受診券に記載のよかドック受診番号を記載してください。 </div> </div>	

ご希望内容

第 1 希望	健診会場名							健診日	月 日	時間帯	時頃
	○を付ける⇒	よかドック	胃がん	子宮頸がん	肺がん	乳がん	大腸がん	骨粗しょう症	胃がんリスク検査		
第 2 希望	健診会場名							健診日	月 日	時間帯	時頃
○を付ける⇒	よかドック	胃がん	子宮頸がん	肺がん	乳がん	大腸がん	骨粗しょう症	胃がんリスク検査			
第 3 希望	健診会場名							健診日	月 日	時間帯	時頃
○を付ける⇒	よかドック	胃がん	子宮頸がん	肺がん	乳がん	大腸がん	骨粗しょう症	胃がんリスク検査			

【通信欄】(センター使用欄ですので記入しないでください)

受付日 月 日

※おなまえ、ご住所、ご年齢が確認できる書類を健診当日ご持参ください

様式：YC-007