

F A Xでお申込みされるお客様へ

下記の注意事項を十分お読みの上、ご希望の受診センターへお申し込みください。

- ・ 枠内は、必ずご記入ください。
- ・ オプション検査は施設によって当日実施できないものがありますが、後日の受診が可能です。
(人間ドック受診の際に受付担当者が検診予約日の打ち合わせをさせていただきます。)
- ・ 送信いただいた後、当会よりお電話にてご連絡させていただきます。それをもって、受診日等の正式なご契約とさせていただきます。
- ・ 送信後1週間経過しても、当会より連絡がない場合は、恐れ入りますがお電話にてお問い合わせください。
- ・ 送信後の変更及びお問合せは、お手数ですがご希望の受診センターへ直接お電話でご連絡ください。
- ・ 予約状況によりご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。

各受診センターお申込み先

受診センター名	お申込み及びお問合せ先
新潟健康増進センター	人間ドック予約係 TEL 025-370-1970 FAX 025-370-1975
プラーカ健康増進センター	
新津成人病検診センター	TEL 0250-22-1362 FAX 0250-22-1369
岩室健康増進センター	人間ドック予約係 TEL 0256-92-3300 FAX 0256-92-1211
岩室成人病検診センター (日帰り) " (1泊2日)	
アクアレー長岡健康増進センター	TEL 0258-47-5811 FAX 0258-47-5777
十日町検診センター	TEL 025-752-6196 FAX 025-757-4447
小出検診センター	TEL 025-792-3365 FAX 025-792-1087
佐渡検診センター	TEL 0259-55-3175 FAX 0259-55-4217

人間ドック予約申込書

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会 人間ドック予約担当係 行

平成 年 月 日

※枠内をご記入ください

コース	<input type="checkbox"/> 日帰り人間ドック <input type="checkbox"/> 1泊2日人間ドック	
オプション (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 前立腺(PSA検査) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がんCT検診 <input type="checkbox"/> 骨密度検査 <input type="checkbox"/> 乳がん(マンモグラフィ)検診 <input type="checkbox"/> 大腸注腸検診 <input type="checkbox"/> 動脈硬化度検査 <input type="checkbox"/> C型肝炎	
(フリガナ) 氏名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	
住所	自宅	〒 住所: 電話番号: () -
	勤務先	〒 住所: 電話番号: () -
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先	
ご希望の 受診時期	第1希望: 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬 第2希望: 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 上旬 <input type="checkbox"/> 中旬 <input type="checkbox"/> 下旬	
ご希望の 受診センター	<input type="checkbox"/> 新潟健康増進センター <input type="checkbox"/> プラーカ健康増進センター <input type="checkbox"/> 岩室健康増進センター <input type="checkbox"/> 岩室成人病検診センター <input type="checkbox"/> 十日町検診センター <input type="checkbox"/> 小出検診センター <input type="checkbox"/> 新津成人病検診センター <input type="checkbox"/> 佐渡検診センター <input type="checkbox"/> アクアーレ長岡健康増進センター	

※参考としてお聞かせください。

■受診歴 有 無 (当会における健診などの利用の有無)

有の場合は利用施設をご記入ください ⇒ _____

■健康保険 国保 協会けんぽ 健康保険組合 共済 その他

健保組合・共済の場合は名称をご記入ください ⇒ _____

本人・家族の区別 本人 家族

【通 信 欄】

--

ご記入いただいた個人情報は、人間ドックサービスの提供及びお客様への情報提供に利用し、第三者には提供いたしません。また、個人情報の取扱いを、外部に委託しません。記入頂けない項目がある場合は、人間ドックサービスの提供ができない場合があります。個人情報の利用目的の通知及び開示、訂正、追加、削除、利用または提供の拒否をご希望の場合は、対応させていただきますので、下記個人情報お問い合わせ窓口までご連絡ください。

個人情報お問い合わせ窓口：企画部 I S O 推進課 (025-370-1090)

個人情報保護統括責任者：理事長