

アジュール竹芝総合健診センター 人間ドック申込書

FAX: 03-3437-2707

- ◆この用紙は、東京都職員共済組合が東京都人材支援事業団にご所属の方、東京都職員共済組合ご退職後の方(OB)用の申込書です。
- ◆ご希望日は、2週間以上先の日程で、永年勤続の方は3週間以上先の日程でお願いいたします。
- ◆3名様以上でお申込みの場合は、この用紙を必要枚数お使いください。
- ◆FAX 送信だけでは予約できません。 FAX 着信後 (原則翌営業日午後以降)、当センターより確認のお電話をさせていただきます。お電話での確認が取れるまでは、ご予約済とはなりませんのでご了承ください。
- ◆そのため、お急ぎの場合は電話でのお申込みをおすすめいたします。(当センターTEL: 03-3437-2701)
- ◆受診券が必要な方は、当センターのご予約とは別に、ご自身で代行機関に受診券申請をしていただく必要があります。受診券の申請は、当センターの予約確定後をお願いします。受診券の申請先は当センターではありませんのでご注意ください。
- ◆空き状況等により、ご希望の日程でご予約が取れない場合もございますので予めご了承をお願いいたします。
- ◆FAX 送信後 3 営業日以上経過しても当センターより連絡がない場合は、FAX 不着等も考えられます。その場合は、お手数ですが当健診センター 03-3437-2701 までお電話いただきますようお願いいたします。
- ◆お預かりした個人情報は関係法令等及び当法人の個人情報保護マネジメントシステムに従い適正な管理を行います。

日帰り人間ドック受診希望日		第1希望 年 月 日()・第2希望 年 月 日()・第3希望 年 月 日()	
ご予約確認ご連絡先: 電話番号		※代表者様以外にご連絡希望の場合 様宛	
代表者様 (お一人さまの場合はこちらにご記入ください)	フリガナ	※永年勤続の方はご退職日【必須】20 年 月 日ご退職予定	
	漢字氏名	ご所属	<input type="checkbox"/> 現在 東京都職員共済組合ご所属 <input type="checkbox"/> 現在 東京都人材支援事業団ご所属 <input type="checkbox"/> 以前 東京都職員共済組合ご所属 (OB・OGの方)
	<input type="checkbox"/> 男性 生年月日 <input type="checkbox"/> 女性 大正/昭和/平成 年 月 日生	健康保険証	保険者番号 <input type="checkbox"/> 本人 記号 番号 <input type="checkbox"/> 家族
	ご自宅ご住所 〒 -	ご勤務先名	
		ご勤務先電話番号 - - (内線番号)	
	ご自宅電話番号 - - 携帯電話番号 - -	当センター受診歴: <input type="checkbox"/> 無し / <input type="checkbox"/> 有り (□5年以内 / □5年以上前)	
	◆ご希望コース <input type="checkbox"/> 日帰り (男女共通の基本コース) <input type="checkbox"/> 女性A (胃X線有) □マンモグラフィー □乳房超音波 <input type="checkbox"/> 女性B (胃X線無) □マンモグラフィー □乳房超音波 ※女性ドックは月～金実施、マンモ・超音波どちらか選択	◆事前予約制オプションのご希望 ※血液検査と喀痰は受付時に承ります。 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (経口・経鼻) 【土曜日の実施は第1・第3のみ、経口のみ実施】 <input type="checkbox"/> 子宮検査 □HPV □乳房触診 □マンモグラフィー □乳房超音波 <input type="checkbox"/> 骨密度(腕) 【子宮・乳房検査は、月～金曜日実施】	
お連れ様 (<input type="checkbox"/> 夫婦 <input type="checkbox"/> 親子 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 友人)	フリガナ	※永年勤続の方はご退職日【必須】20 年 月 日ご退職予定	
	漢字氏名	ご所属	<input type="checkbox"/> 現在 東京都職員共済組合ご所属 □他 以下記入欄 <input type="checkbox"/> 現在 東京都人材支援事業団ご所属 () <input type="checkbox"/> 以前 東京都職員共済組合ご所属 (OB・OGの方)
	<input type="checkbox"/> 男性 生年月日 <input type="checkbox"/> 女性 大正/昭和/平成 年 月 日生	健康保険証	保険者番号 <input type="checkbox"/> 本人 記号 番号 <input type="checkbox"/> 家族
	ご自宅ご住所 〒 -	ご勤務先名	
		ご勤務先電話番号 - - (内線番号)	
	ご自宅電話番号 - - 携帯電話番号 - -	当センター受診歴: <input type="checkbox"/> 無し / <input type="checkbox"/> 有り (□5年以内 / □5年以上前)	
	◆ご希望コース <input type="checkbox"/> 日帰り (男女共通の基本コース) <input type="checkbox"/> 女性A (胃X線有) □マンモグラフィー □乳房超音波 <input type="checkbox"/> 女性B (胃X線無) □マンモグラフィー □乳房超音波 ※女性ドックは月～金実施、マンモ・超音波どちらか選択	◆事前予約制オプションのご希望 ※血液検査と喀痰は受付時に承ります。 <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 (経口・経鼻) 【土曜日の実施は第1・第3のみ、経口のみ実施】 <input type="checkbox"/> 子宮検査 □HPV □乳房触診 □マンモグラフィー □乳房超音波 <input type="checkbox"/> 骨密度(腕) 【子宮・乳房検査は、月～金曜日実施】	
ご質問・ご要望などはこちらにご記入ください			

