



FAXでの お申し込み方法

お申し込みの前にご確認ください。

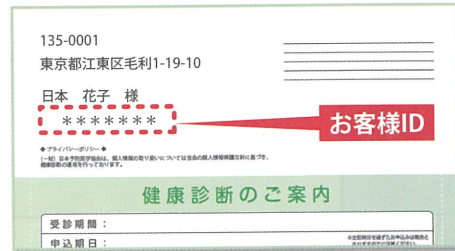
1

「医療機関リスト」にて事前にご希望の医療機関の選択をお願いします。

医療機関リスト

2

必要な情報を裏面のお申し込み用紙にご記入ください。
※ご希望日は必ず1ヶ月以降先の日程をご記入ください。
※1名のお申し込みにつき、1枚ずつご記入ください。
同伴受診のご希望は承れません。



※記入欄にあるお客様IDは健康診断を管理するIDです。「健康診断のご案内」の宛名の下に記載されています。

3

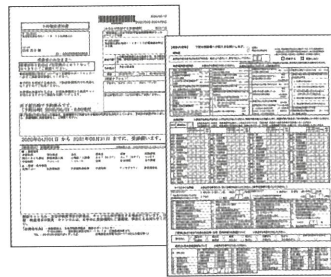
裏面のお申し込み用紙を下記の番号宛に FAX 送信してください。大切な個人情報ですので、くれぐれもおかけ間違いのないようにご注意ください。

FAX番号：03-3635-1064

4

お申し込み後、10営業日程度(2週間程)で健診サポートセンターより、『予約結果通知書』・『問診票』が郵送にて届きますので、内容をご確認の上、『問診票』をご記入後、同封の返信用封筒にて受診の1週間前までを目安に問診票のみご返送をお願いします。

※やむを得ずご希望日・ご希望内容でお取りできない場合があります。受診日の変更、オプション検査項目の追加・取り消し、受診のキャンセルをする場合は、医療機関に直接連絡し調整してください。



お間違えのないようご注意ください。

FAX番号 03-3635-1064

FAX お申し込み用紙

送信日 年 月 日

- 1 医療機関リストよりご希望の医療機関をお選びいただき、もれのないようにご記入の上、申込期間内に送信してください。
- 2 お申し込み後、10営業日程度(2週間程度)で健診サポートセンターより、『予約結果通知書』・『問診票』を郵送にて送付します。
- 3 問診票をご記入の上、同封の返信用封筒にて受診の1週間前までを目安に問診票を必ず返送してください。
- 4 『予約結果通知書』受け取り後、受診日の変更、オプション検査の追加・取り消し、受診のキャンセルをする場合は、医療機関に直接連絡し調整してください。医療機関変更をする場合は、「健診サポートセンター」へご連絡ください。
- 5 必ず1人1枚ご記入ください。また、同伴受診のご希望は承れませんので、予めご了承ください。

◆プライバシーポリシー◆(一財)日本予防医学協会は、個人情報の取り扱いについては当会の個人情報保護方針に基づき、健康診断の運用を行っております。

※太枠内をもれのないよう記入してください。

所属団体名		お客様ID	
フリガナ	性別	生年月日	
漢字氏名	男・女	西暦	年(和暦) 月 日
日中連絡先 ※必ず連絡の取れる番号を記入してください。	携帯・自宅・勤務先	()	
送付先住所 ※都道府県から記入してください。	〒	()	
		電話番号	()

お申し込み内容 ※医療機関リストをご参照の上、記入してください。

医療機関コード	医療機関名称			
希望受診日 (申込日から1ヶ月以降の希望日を記入してください)	第1希望日	月 日 ()	受診希望日で予約が確定しなかった場合の代案条件 ※混雑時などでご希望に添えない場合の参考情報となりますので、必ず記入してください。	
	第2希望日	月 日 ()		
	第3希望日	月 日 ()		受診を希望する月 月
	第4希望日	月 日 ()		ご都合の悪い曜日 月・火・水・木・金・土
	第5希望日	月 日 ()		ご都合の悪い月日 月 日 月 日 月 日

受診希望オプション検査 ※『健康診断のご案内』に掲載されているオプション検査からお選びいただく事ができます。

オプションプラン (希望のオプション名を記入してください) ※医療機関によっては受診できない検査もあります。	オプション名	オプション名	オプション名	オプション名

※お申込み可能なオプション以外はお手配致しかねますので、予めご了承ください。