

## 甲状腺ドック予約申込書

プリントアウトして頂き、必要事項を記入のうえ、医事課健診係(FAX:047-398-8058)までお送り下さい。受診日を医事課健診係よりご連絡致します。

### ◆甲状腺ドック実施日

毎週:火曜・金曜日の午前

### ◆ご希望者様情報

フリガナ		性別	男	女	
氏名		生年月日	年	月	日
住所		電話番号	(	)	
会社名					

### ◆ご希望日

第1希望	月	日	第2希望	月	日	第3希望	月	日
------	---	---	------	---	---	------	---	---

### ご注意

※予約申込み期限は、希望日の2週間前までとなります。

※定員が決められておりますので、ご希望日の日時に予約が取れない事もございます。

※ご不明な点がございましたら、医事課健診係までお問い合わせ下さい。

IMSグループ 医療法人財団 明理会  
行徳総合病院

TEL:047(395)1151(代表)