

	フリガナ 氏名		性別	生年月日	ご希望のコースにチェックをお願いします				備考	希望日程		
	第一	第二			第三							
1	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H	年 月 日	一般健診	全国健康保険協会	ドック	胃部検査実施内容		/	/	/	
				<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> 一般健診 <input type="checkbox"/> 付加健診	<input type="checkbox"/> 乳がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 人間S <input type="checkbox"/> 人間A <input type="checkbox"/> 脳A <input type="checkbox"/> 脳B					<input type="checkbox"/> 胃透視(バリウム) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(別途3,240円) <input type="checkbox"/> 胃部検査実施しない
ご案内・受診票送付先		<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人自宅	会社名						健診センター 専用FAX ↓ (0545) 60-7150 info@fuji-mp.com			
個人結果送付先		<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人自宅	支店・営業所									
結果会社控え		<input type="checkbox"/> 白黒 <input type="checkbox"/> 連名簿 <input type="checkbox"/> 不要	会社住所		〒							
請求書送付時期		<input type="checkbox"/> 月締 <input type="checkbox"/> 全員終了後	ご担当者名									
お支払方法		<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 個人窓口	電話番号									
			FAX番号									

子宮がん健診は月・水の午前午後、第2第4土の午前のみ実施しております。その他の健診に曜日の指定はございません