特別室を利用したプレミアム人間ドック申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

❶受検ご希望のドックに〇をつけてください。

●スタンダードコース		●レディースコース	

❷過去に愛知医科大学病院に受診されたことがあるか、ご記入ください。

受診したことが	ある　・　ない	人間ドックでの受検が	ある　・　ない

❸希望される方の連絡先をご記入ください。

ご本人	フリガナ			性　別	
	氏　名			男　・　女	
	生年月日	大正　・　昭和　・　平成　　年　　月　　日		年　齢	歳
	現住所	〒　　― 住宅がマンション等の場合はその名称・号室までご記入ください。	TEL　（　　）　― 携　帯　（　　）　―		

❹今回のドック入院中に緊急連絡が必要となった場合は、下記の家族へ連絡いたします。

ご家族	フリガナ			性　別
	氏　名			男　・　女
	現住所	〒　　― 住宅がマンション等の場合はその名称・号室までご記入ください。	家族TEL　（　　）　― 家族携帯　（　　）　―	
	本人との続　柄	□配偶者　□父母　□子　□兄弟・姉妹　□その他（　　）		

❺ご希望のお日にちをご記入ください。（毎週月曜日・木曜日のみ） 祝日、年末年始12／29～1／3を除く

第一希望	令和　　年　　月　　日　（　　曜日）
第二希望	令和　　年　　月　　日　（　　曜日）
第三希望	令和　　年　　月　　日　（　　曜日）

ご希望の2週間前までに、「人間ドック入院申込書」を入退院支援センターまで

FAX:0561-63-1285　にてお申込みください。

受付後、受診日等連絡いたします。

お問い合わせ　診療支援課　tel.0561-57-3081（内線34125）

特定機能病院
愛知医科大学病院
Aichi Medical University Hospital

〒480-1195
愛知県長久手市岩作雁又1番地1

事務記入欄	ID								―		確認日	／	確認印	