

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

①受検ご希望のドックに○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	
------------	--	-----------	--

②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
---------	---------	------------	---------

③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 () —			

④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 ()			

⑤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」を診療支援課まで

FAX:0561-57-0153 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	
-------	----	--	--	--	--	--	--	---	--	-----	---	-----	--