総合健康診断受診申込書 APPLICATION FORM

申込日 Date　　月　　日　　No.

香港健康管理センター

［健診時間］ 月・木・金・土
AM 9:15～12:00(最終受付)

OFFICE USE ONLY	

会社名(英文) Company Name	
住所 (英文) Address	
担当者名 Person in Charge	
TEL	FAX
E-MAIL	

特記事項 Special Request

*脳MRI・胸部CT・心臓CT・大腸内視鏡検査につきましてはお問い合わせください。

※歯科検診は歯科医院で行います

	会社担当者宛て	会社個人宛て
受診キット送付先	□	□
個人結果送付先	□	□
請求書送付先	□	□
結果一覧表	要 □	不要 □

| OFFICE USE ONLY | | ローマ字 氏名 Name / TEL 携帯:(必須) Mobile-phone Number / TEL 会社又は自宅: Office/Home Number / 日程確認、健診結果等についてのご連絡をさせていただくことがございますので、ご連絡先電話番号を必ずご記入ください | 生年月日 Date of Birth | 性別 Sex | 続柄 | 健康診断 受診項目 Examination Items | | |