

健康管理科登録票(ビジター健診用)

申込日 平成 年 月 日

※ ビジターNo.								※ 登録年月日					
--------------	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--	--	--

(※当センターにて記入致します)

(※当センターにて記入致します)

ふりがな		⑩	性別	生年月日	年齢
氏名	様		男・女	明大昭平	日生 歳
現住所	〒 —	電話番号	()		
		携帯番号	()		

勤務先 (職業)		職 種	
		役職名	
住 所	〒 —	電話番号	() 内線:

* 郵便物希望送付先(自宅・勤務先のいずれかに○印をしていただくか、郵送希望先の住所をご記入ください)

住 所	自宅 〒 — 勤務先 〒 —
-----	-------------------

* 電話連絡希望先(自宅・携帯・勤務先のいずれかに○印をしていただくか、希望連絡先をご記入ください)

電話番号	自宅 ・ 携帯 ・ 勤務先 その他 ()
------	--------------------------

* 健診日希望がございましたらご記入ください

第一希望	年 月 日()	第二希望	年 月 日()
------	----------	------	----------

* その他ご要望等ございましたらご記入ください

* 受診希望理由

1. 知人の紹介 (紹介者: _____ 様) 紹介者は当センターの会員様ですか (はい・いいえ)
 2. 医師の紹介 (病院名: _____ 医師名: _____ 先生)
 3. 本学附属施設の紹介
 4. その他 (パンフレットをみて ・ ホームページをみて)
- ・これまでに当センターのビジター健診を受けたことがございますか (ある ・ ない)
- ・これまでに当センターの外来診療を受けたことがございますか (ある ・ ない)