

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター  
簡易脳ドック 申込書

申込日： \_\_\_\_\_

1. 受診希望者さまの情報

ふりがな

お名前

生年月日

性別  男  女

住所

連絡先

当院の受診歴  あり  なし

2. ご希望の受診日

① 第一希望日

② 第二希望日

③ 第三希望日

④ その他

※受診可能な曜日は月曜日、火曜日、木曜日のみとなります。

下記のFAXまたはメールアドレスまでお送りください。  
担当者より折り返しご連絡させていただきます。

広島西医療センター 医事課 健診担当

FAX : 0827-57-0462

Mail : 508-iji@mail.hosp.go.jp