

【申込用紙】

鹿児島厚生連病院健康管理センターで受診される方

①

保 険
国民健康保険・後期高齢者医療
被保険者証記号・番号
氏 名
住 所
生年月日
昭和・平成 年 月 日
電話番号

交通手段
バス ・ 自家用車

第1希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第2希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第3希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第4希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第5希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

※大腸コース・2日コースの方の交通手段は自家用車のみにになります。

②

保 険
国民健康保険・後期高齢者医療
被保険者証記号・番号
氏 名
住 所
生年月日
昭和・平成 年 月 日
電話番号

交通手段
バス ・ 自家用車

第1希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第2希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第3希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第4希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

第5希望

日程	コース	オプション
	一般 ・ 女性 ・ 大腸 ・ 2日	バリウム ・ 胃カメラ

※大腸コース・2日コースの方の交通手段は自家用車のみにになります。