

三楽病院人間ドック等 キャンセル・変更連絡(FAX専用)

既に予約済みの人間ドック等について
(キャンセル・変更)を希望します。

↑いずれかに○を付けてください。

《赤枠の中をご記入ください》

フリガナ			男	本人	連絡先
氏名			女	被扶養者	・自宅 () ・携帯電話 () ・FAX () ・電子メール ()
生年月日	昭和 平成	年 月 日 ()	才※年度末年齢		
勤務先名称					TEL ()
健診課から連絡のつきやすい時間帯(平日9時～17時の間)※				電話での連絡先希望※	
<input type="checkbox"/> 9～12時 <input type="checkbox"/> 15～17時		<input type="checkbox"/> 12～15時 <input type="checkbox"/> ()時頃		・自宅 ・携帯電話 ・勤務先 ・その他 ()	

※ FAX受領後、健診課より確認のお電話かFAXを差し上げます。確実に連絡の取れる連絡先をご記入ください。

※ 直接連絡が必要な場合は、連絡方法のご希望がFAXであっても、お電話をさせていただきます。

《↓以下該当項目をご記入ください》

【コース】

◎既にご予約されている受診コースと日程をご記入ください。

受診コース	コース
受診日	令和 年 月 日 ()

※黄色の枠のいずれかに○を付けてください。

キャンセル	キャンセルを希望します。(※オプション検査もキャンセルとなります)		
コース変更	()コースへ変更を希望します。 ※日程変更が必要な場合がありますので、日程変更の欄もご記入ください		
日程変更	日程の変更を希望します。		
	第1希望	第2希望	第3希望
	令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()

【オプション検査】

◎1～3のいずれかに○を付けてください。

1	オプション検査のすべてのキャンセルを希望します。
2	オプション検査の一部のキャンセルを希望します。※
3	オプション検査の変更を希望します。※

※2と3に○をされた方は、下記にキャンセル・変更内容をご記入ください。

キャンセル 変更内容	
---------------	--

【その他の変更】

◎コースとオプション検査以外の変更があった場合は(住所や電話番号、勤務先等)下記に変更内容をご記入ください。

変更内容	その他の
------	------