

広島中央ロータリークラブ 宛

◆メール(hcrc@godorc.gr.jp)・ FAX 221-4870 いずれかをお願いします。

広島中央ロータリークラブ

健康診断申込書

会員氏名 _____

年齢 _____ 歳 _____

生年月日 T.S.H. _____ 年 _____ 月 _____ 日

自宅住所 〒 _____

自宅電話番号 _____

1) 受診希望日を記入してください

第一希望日 : _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

第二希望日 : _____ 月 _____ 日 (_____ 曜日)

2) 受診コースに○をしてください

2日ドック・1日ドック・脳ドック

3) 胃カメラ希望について

要 ・ 不要

4) オプション希望 (2日・1日ドックのみ)

(別紙をご参照の上、希望項目を記入)
