

F A X送信（送信表不要）

宛先 公益財団法人日立メディカルセンター健診課 行き
(F A X 0 2 9 4 - 2 6 - 0 3 2 3)

レディースセット健診予約申込

予約希望月	第一希望 月 第二希望 月
フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日生
郵便番号	—
自宅住所	市 町 番地
電話番号	
E-mail	
乳がん検査	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳房超音波

※乳がん検査：希望する検査項目の□にレ点を付けてください。