総合健康診断受診申込書 APPLICATION FORM

申込日 Date　　月　　日　　No.

香港健康管理センター

[健診時間] AM 9:15～12:00 / PM 2:30～4:00

[休診] 水曜日・土曜日午後/日曜日・香港の祝日

OFFICE USE ONLY	

会社名(英文) Company Name			
住所 (英文) Address			
担当者名 Person in Charge			
TEL		FAX	
E-MAIL			

特記事項 Special Request

*脳MRI・胸部CT・大腸内視鏡検査につきましてはお問い合わせください。

※歯科検診は歯科医院で行います

	会社担当者宛て	会社個人宛て
受診キット送付先	☐	☐
個人結果送付先	☐	☐
請求書送付先	☐	☐
結果一覧表	要 ☐	不要 ☐

OFFICE USE ONLY		ローマ字 氏名 Name / TEL 携帯:(必須) Mobile-phone Number / TEL 会社又は自宅: Office/Home Number / 日程確認、健診結果等についてのご連絡をさせていただくことがございますので、ご連絡先電話番号を必ずご記入ください	生年月日 Date of Birth	性別 Sex	続柄	総合健康診断	A 胸部X線検査	B2 胃部内視鏡検査	B3 ABC健診(胃がんリスク健診・採血)	C 栄養指導	D1 腫瘍マーカー検査(血液検査) 肝臓・消化器系	D2 卵巣・子宮・乳房	D3 高感度前立腺	D4 肺・子宮等	D5 肺腫瘍マーカー	D6 大腸腫瘍マーカー	E1 肝炎検査 B型肝炎精密	E2 C型肝炎	E3 A型肝炎	F 風疹検査	G 眼底検査	H1 婦人科検診	H2 婦人科細菌検査	H3 マンモグラフィー	I1 超音波検査 上腹部超音波	I2 下腹部超音波	I3 乳房超音波	I4 甲状腺超音波	I5 頸動脈超音波	J 肺機能検査	K 骨塩定量検査	L 甲状腺機能検査	M1 H・ピロリー	M2 ペプシノーゲン	N 血液型	O 動脈硬化症検査	P 心機能検査(血液検査)	Q 超悪玉コレステロール	R ストレス度チェック	ポ メタボ健診	※ 歯科検診	希望受診日時間 Requested Check-up Date 超音波検査(I1～I5)をご希望の方は午前のみの受診となります
この欄には記入しないでください Please do not fill in this column	例	KENKO TARO 健康太郎 携帯:(必須) 9876-5432 会社/自宅: 2881-6606	1972 年 12 月 31 日 36 歳 Age	(男) M・女 F	(本人) 配偶者 子供	(成人) Adult 子供 Child	○	○		記入例 SAMPLE			○					○	○		○				○																	12 月 21 日 (AM) PM
	1	携帯: 会社/自宅:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																				月 日 AM PM
	2	携帯: 会社/自宅:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																				月 日 AM PM
	3	携帯: 会社/自宅:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																				月 日 AM PM
	4	携帯: 会社/自宅:	年 月 日 歳	男・女	本人 配偶者 子供	成人 子供																																				月 日 AM PM

*健康診断結果報告書は日本語又は英語にて報告させていただきます。事前にご指定が無かった場合は日本語にて報告させていただきます。

*ご予約のキャンセルに関しまして:前日の正午までにご連絡いただけなかった際にはキャンセル料としてHKD500-ご請求させていただきます。

HONG KONG KENKO KANRI CENTER CO., LTD.

Room 3605, 36/F., World Trade Centre, 280 Gloucester Road, Causeway Bay, Hong Kong.

TEL: 2881-6606 FAX: 2577-2601 Email: kenko@hkkkc.com URL: http://www.hkkkc.com