

名古屋医師協同組合 名古屋臨床検査センター附属診療所 行

FAX 052-881-8001

医療機関名	ご担当者名	電話番号
所在地 〒 -	FAX番号	

↓太枠内をご記入ください。予約日時が確定しましたら、FAXにてご連絡いたします。

レディースは、月・水・木・土に承ります。

↓当センター記入欄

受診される方	性別	生年月日	資格	受診コース	オプション検査	受診希望日 (13:00~)	予約確定日時
フリガナ リンショウ ハナコ 氏名 臨床 花子	男・女	昭・平 45 年 1 月 10 日	正組合員 ・ 配偶者 准組合員	プレミアム スタンダード① スタンダード② ミニマム	レディース コース	No. 1 がんマーカーセット No. 2 上腹部MRI・MRCP No. No. 第1希望 6 月 12 日 (木) 時間 13 : 00 第2希望 6 月 18 日 (水) 時間 13 : 30	月 日 () 時間 :
フリガナ 氏名	男・女	昭・平 年 月 日	正組合員 ・ 配偶者 ・ 准組合員	プレミアム スタンダード① スタンダード② ミニマム	レディース コース	No. No. No. No. 第1希望 月 日 () 時間 : 第2希望 月 日 () 時間 :	月 日 () 時間 :
フリガナ 氏名	男・女	昭・平 年 月 日	正組合員 ・ 配偶者 ・ 准組合員	プレミアム スタンダード① スタンダード② ミニマム	レディース コース	No. No. No. No. 第1希望 月 日 () 時間 : 第2希望 月 日 () 時間 :	月 日 () 時間 :
フリガナ 氏名	男・女	昭・平 年 月 日	正組合員 ・ 配偶者 ・ 准組合員	プレミアム スタンダード① スタンダード② ミニマム	レディース コース	No. No. No. No. 第1希望 月 日 () 時間 : 第2希望 月 日 () 時間 :	月 日 () 時間 :
フリガナ 氏名	男・女	昭・平 年 月 日	正組合員 ・ 配偶者 ・ 准組合員	プレミアム スタンダード① スタンダード② ミニマム	レディース コース	No. No. No. No. 第1希望 月 日 () 時間 : 第2希望 月 日 () 時間 :	月 日 () 時間 :
フリガナ 氏名	男・女	昭・平 年 月 日	正組合員 ・ 配偶者 ・ 准組合員	プレミアム スタンダード① スタンダード② ミニマム	レディース コース	No. No. No. No. 第1希望 月 日 () 時間 : 第2希望 月 日 () 時間 :	月 日 () 時間 :