

人間ドック・健康診断 受診日時変更希望連絡書

送信先：聖隷福祉事業団 保健事業部 予約課行

電話が繋がりにくい場合がございます。①FAX、②メールでの連絡にご協力ください。

精密検査
再検査の方は
ご利用いただけ
ません

①FAX (24時間受付) 053-439-1362 (5センター共通)

※FAXまたは電話にてご連絡いたします。

②メール (24時間受付)

※下記太枠内の必要事項と同内容をメールに入力いただくか、PDFファイルを添付して送信してください。メールまたは電話にてご連絡いたします。
(@sis.seirei.or.jpからのメールが届くよう受信設定をお願いします。)

聖隷健康診断センター (住吉) kenshin-gyoumu @sis.seirei.or.jp

聖隷健康診断センター東伊場クリニック (東伊場) hoken-iba-yoyaku @sis.seirei.or.jp

聖隷予防検診センター (三方原町) yoken-gyoumu @sis.seirei.or.jp

聖隷健康サポートセンター-Shizuoka (曲金)
聖隷静岡健診クリニック (黒金町) shizuoka_yoyaku @sis.seirei.or.jp

※下記太枠内に必要事項のご記入をお願いします。

受診日時	年 月 日 受付時間 :	※時間は、わかれば ご記入ください
受診施設	☐ 聖隷健康診断センター (浜松市中央区住吉) ☐ 聖隷健康診断センター東伊場クリニック (浜松市中央区東伊場) ☐ 聖隷予防検診センター (浜松市中央区三方原町) ☐ 聖隷健康サポートセンター-Shizuoka (静岡市駿河区曲金) ☐ 聖隷静岡健診クリニック (静岡市葵区黒金町)	
受診コース	☐ 人間ドック ☐ 健康診断 ☐ その他 ()	
聖隷からのご案内(検査キット)は	☐ 届いている ☐ 届いていない	
個人ID	※検査キットが届いていない方は記載不要です	
フリガナ		
氏名		
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	

変更希望日

第一希望	年 月 日
第二希望	年 月 日
第三希望	年 月 日

その他ご要望や連絡事項等ございましたらご記入ください。

◆日中 (9:00~16:00) ご連絡がしやすい電話番号 () -

◆FAX番号 (FAXでの返信が可能な場合のみご記入ください) () -

お願い

・送信後3日以内 (土・日・祝日除く) に当センターから連絡がない場合は、お手数ですがお電話にてご連絡ください。
・健康保健組合や各種団体の契約により、ご希望に沿えない場合や再申請が必要な場合があります。ご注意ください。

聖隷使用欄

契約団体コード*	契約団体名称	所属団体コード*	所属団体名称	分類	管理区分	受付日	受付者
				ドック/一般/その他/協会	名簿/個票	/	