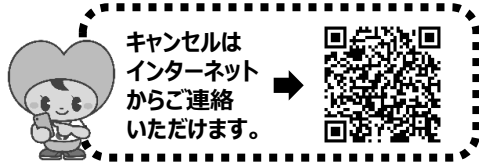


受診日変更希望連絡書

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。



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頂くか、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)	shizuoka_yoyaku	@sis.seirei.or.jp
聖隷静岡健診クリニック	(黒金町)		

※下記太枠内に必要事項のご記入をお願いします。

受診日	年 月 日
受診施設 (レ点をつけてください)	☐ 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)
個人ID	
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がございましたらご記入ください。

◆日中(9:00～16:00)ご連絡がつかやすい電話番号	()	-
◆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

- ・受診日の前日15時（土・日・祝除く）までにお申込みください。
- ・お申込み後、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	/	