

健康診断/人間ドック申込書
APPLICATION FORM FOR NINGEN DOCK PROGRAM
 (全てローマ字と英語でご記入ください。)
 (All in Roman letters and English, please.)

申し込み日: _____ 年 月 日
 Today's Date

お電話番号と電子メールのアドレスはご自分のものをお書き下さい。

氏名:(Last Name)	(First Name)
Name	
生年月日: 年 月 日	性別: 男 Male ()
Date of Birth	sex: 女 Female ()
現住所: Home Address	
自宅電話番号: Home Telephone #	携帯電話番号: Cell Phone #:
電子メール・アドレス: e-mail address:	
勤務先名: Name of Company	役職 Title/Position
勤務先住所: Company Address	
勤務先電話番号: Phone # at Work:	ファクシミリ番号: Fax #:
申し込みの検診パッケージ(○印をつけてください) 追加検査項目 Package you selected Optional Examinations A B C D E F G () キャンセルは前日までにお願いします。If you need to cancel your appointment, please call us by 2PM the day before.	
検診希望日: 第1希望	第2希望 第3希望
Preferred Date: First Choice	Second Choice Third Choice
ご希望の日により、担当が変わって参ります。下記の担当を特にご希望の方は事前にお問い合わせください。 Depending on your preferred date, the doctors below may or may not be available. Please contact us for any questions. Johnston Seema Misser, MD Hana Kim, DO Sara Kanamori, DO 18歳以下のみ(18 years old and under only): David Inouye, MD	
ホームドクター(Primary Care Physician): <input type="checkbox"/> ドクターのお名前 Dr. _____ <input type="checkbox"/> なし(No PCP)	
緊急時の連絡先のお名前と電話番号: Emergency Contact Name and telephone #:	
お支払い(Payment Info): <input type="checkbox"/> 当日お支払い(チェック・キャッシング・VISA・MC・American Express): <input type="checkbox"/> 会社請求Bill to Company (ご住所と電話番号Address & Tel #): <input type="checkbox"/> AETNA International, CIGNA Global, Prestige International	

上記の者の健康診断/人間ドックを申し込みます。

ご署名Signature: _____

申込書の宛先: Providence Ningen Dock Center
20911 Earl St. #280, Torrance, CA 90503

Tel: (310) 303-6575 or (310)792-4488, Fax: (310) 316-7467, E-mail: ningen.dock@providence.org

注: co.jpなどの日本のe-mail addressをお持ちの方からのメールは届かない場合がございますので
お電話でお問い合わせください。