

こちらの申込書は、発送の関係上健診をお受けになる2週間前までにFAXにて送信ください

便潜血検査 申込書

※座版・押印はお控えください。送信時に文字がつぶれて判別できない場合がございます

申込日	令和2年 月 日 (曜日)
申込院名	
歯科医師名 (院長名)	
お届け先住所	(〒 -)
電話番号	
FAX番号	
必要採便キット数	名様

↓こちらは日本健康倶楽部が記入しFAXにてご返信致します↓

受付日・受付者印	令和2年 月 日 (曜日) 印
発送日	令和2年 月 日 (曜日)
発送数	名様分

便潜血検査に関するお願い

- ・健康診断を受診される約5日前よりお使いください
- ・採便をしたキットは冷暗所に置き、保管してください
- ・健康診断当日に受診票、検尿と併せて、受付へご提出ください

※より正確な検査のため、生理中の方は採便する日・受診される日をずらしてください

※採便キットは、申込書確認後郵送にてお送り致します。

※申込相違を防ぐために、申込後に受付日・発送日を記入し返信させていただきます

申込先FAX番号 日本健康倶楽部鹿児島支部

099-272-5550