●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。

●FAX申込後７日過ぎても採便キットが届かない場合は、お手数ですが、ご連絡下さいますようお願いいたします。（☎099-273-5591）

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７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	
健診予定日	令和７年　　月　　日（　　曜日）
必要採便キット数	名　様　分

↓こちらは日本健康倶楽部が記入しFAXにてご返信いたします↓

受付日・受付者印	令和７年　　月　　日（　　曜日）印
発　送　日	令和７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いたします。

※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頂きます

申込先FAX番号　日本健康倶楽部鹿児島支部

099-272-5550