

中国渡航ビザ取得申請用健康診断申込書

ふりがな				性 別	
受診者氏名				男	女
NAME(パスポートのアルファベット表記による氏名)		Family Name (姓)	First Name (名)		
受診者生年月日		西暦	年 (昭・平・令 年)	月	日
受診者住所 (マンション・アパート名及び部屋番号まで記入してください)		〒 都・道・府・県 市・町・村			
電 話	自 宅				
	携 帯				
	FAX 番号				
受診希望日		第一希望： 年 月 日 ()			
		第二希望： 年 月 日 ()			
受診者 勤務先	ふりがな				
	名 称				
	所属部署				
	住 所	〒			
	電話番号				
		FAX 番号			
渡航予定日		年 月頃 ・ 未定			
健康料金の支払い方法 (○で囲んでください)	① 現金又はクレジットカード				
	② 勤務先	請求先名称	担当者氏名：		
		請求先住所	〒		
	③ 旅行会社	電話番号			

- ① 健康診断は、内科・耳鼻咽喉科・眼科で行い、午前9～10時から開始し午後までかかります。なお、一日に受診できる人数に限りがあり、希望日に予約が取れない場合があります。予約が取れ次第、「予約確認票」をお送りいたします。
- ② この申込書のNAME欄は、パスポートに記載されている氏名を記入して下さい。また当日パスポートの写しをご持参していただければ当院でも確認をさせていただきます。
- ③ 「外国人体格検査記録」(PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER)は、中華人民共和国大使館又は領事館のホームページなどから取得でき、全2ページから構成されています。この1ページ目の「姓名」欄から「出生地」欄までを記入したものの写しを、この申込書と一緒に郵送又はFAXで事前にお送りください。記入の際に修正液や修正テープ等は使用しないようお願いいたします。なお、「外国人体格検査記録」の原本は、写真を貼付して、折り曲げずに当日2ページともご持参ください。
- ④ 検査項目に胃の検査は入っておりませんので、当日は食事を済ませてきていただいて結構です。
- ⑤ 健康診断料は26,000円です。原則的には当日現金又はカードで納付していただきますが、会社や旅行会社に請求を希望される場合は、上記に請求先の名称・住所・電話番号・担当者氏名を必ずご記入ください。
- ⑥ 連絡先：国立病院機構豊橋医療センター医事係 Tel：0532-62-0301 内線2106 FAX：0532-62-0041

豊橋医療センター記入欄

受付月日	年 月 日	カルテ作成月日	年 月 日
I D	受付者		
予約日時	月 日 時 分	担当医師	医師
摘 要			