

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。)

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) Name	(First Name)
生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 Date of Birth	性別： 男 Male () 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) Package you selected	追加検査項目 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 Preferred Date : First Choice	第2希望 Second Choice
	第3希望 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.	
Kenneth Shiozaki, DO Seema Misser, MD Joe Yoshida, MD Hana Kim, DO 18歳以下(18 years old and under): Elaine Shoji, MD 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・キャッシュ・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	

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 Medical Institute

Ningen Dock Center
 20911 Earl St. #280, Torrance, CA 90503
 Tel: (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ことがございますので
 お電話でお問い合わせください。