



倉岡クリニック人間ドック申込書

Physical Exam Application Form

100 Galleria Pkwy Suite 660, Atlanta, GA 30339

Phone #: 770-980-0000 Fax#: 770-217-4164 Email: info@kuraokaclinic.com

www.kuraokaclinic.com

< 受診者情報/ Applicant's Info >

NAME (名前) First (名)	Last (姓)	DOB (生年月日) (歳)	SEX (性別) □ M □ F
HOME ADDRESS (自宅住所)	APT.NO.	CITY (市)	STATE (州) ZIP (郵便番号)
HOME PHONE (自宅)	CELL PHONE (携帯)	WORK PHONE (勤務先)	SSN (ソーシャルセキュリティ番号)
EMPLOYER (会社名)	EMAIL ADDRESS (Eメールアドレス)		
EMPLOYER'S ADDRESS (勤務先)	CITY (市)	STATE (州)	ZIP (郵便番号)
INSURANCE (保険会社名)*必ずご記入ください。			

1ST REQUEST (第1希望日)	希望開始時間:	2ND REQUEST (第2希望日)	EXAM (パッケージ)
(曜日)		(曜日)	

< 同日受診ご希望のご家族の方/ Any family member(s) who requests a physical exam on the same day >

NAME (名前) First (名)	Last (姓)	SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)
NAME (名前) First (名)	Last (姓)	SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)
NAME (名前) First (名)	Last (姓)	SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)
NAME (名前) First (名)	Last (姓)	SEX (性別) □ M □ F	DOB (生年月日) (歳)	EXAM (パッケージ)

*受診日時点の年齢をご記入ください。

< ご請求先/Billing info >

自己負担/Self-pay (当日払い)

会社負担/Employer

*会社負担の方は、右記の情報を必ずご記入ください。

COMPANY NAME (会社名):

BILLING ADDRESS (住所):

ATTN TO (担当者名):

PHONE#

担当者電話番号:

その他/Other ()

< 追加検査のご請求先/Billing info for add-on > *上記希望検査パッケージ項目以外の検査が追加で行われた場合

自己負担 /Self-pay

会社負担/Employer

保険/Ins (保険会社名/Ins :) *保険証提出必須。ご加入の保険内容により自己負担が発生する事がございます。

< 人間ドック結果送付先/Physical results mailing address > (2nd physical results can be provided with a charge of \$15)

ご本人 (ご家族の代表者) 様・上記ご自宅住所 宛て/Send to Self (Family) at home address above

ご本人 (ご家族の代表者) 様・上記ご勤務先 宛て/Send to Self (Family) at work address above

ご勤務先担当者様 (Attn:) ・上記勤務先 宛て/Send to third party at work address above

その他/Others ()

*送付先は2つ以上選択可能ですが、報告書2セット目から1セットにつき15ドルの手数料を頂きます。ご了承ください。

*個人様以外へのご送付をご希望する場合は、この申込書をもってRelease Formとさせていただきます。

/This application is a medical release consent if and when you choose to send the physical results to a 3rd party.