

TO: ジャパングリーンクリニック(シティ分院) Japan Green Clinic (City Branch)

e-mail: citybranch@japan-green.com.sg Fax: 6532 7673 (シンガポール外からは先頭に Country Code 「65」を付けてください。)

※お名前、ご住所、会社名はローマ字・英文でご記入ください。

シティ分院		健康診断申込書		Application Form for Medical Check-up at		City Branch	
受診希望日 Date of Medical Check-up		(第1希望 1 st RQ)	月 M	日 D	<input type="checkbox"/> 午前 am	<input type="checkbox"/> 午後 pm	
		(第2希望 2 nd RQ)	月 M	日 D	<input type="checkbox"/> 午前 am	<input type="checkbox"/> 午後 pm	
		(第3希望 3 rd RQ)	月 M	日 D	<input type="checkbox"/> 午前 am	<input type="checkbox"/> 午後 pm	
成人 Adult	受診者名 Full Name	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MRS <input type="checkbox"/> MISS			生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age:		
					年 月 日 (年齢: 歳)		
	コース Course	<input type="checkbox"/> L1 <input type="checkbox"/> L2 <input type="checkbox"/> L3					
	オプション Option	<input type="checkbox"/> 子宮頸部細胞診 Pap Smear Test <input type="checkbox"/> 乳腺検診(ご希望日を下欄にご記入ください) Breast Check-up (Please specify your preferred date in the column below.)			<input type="checkbox"/> 胃のピロリ菌検査 (<input type="checkbox"/> 抗体検査 <input type="checkbox"/> 尿素呼気試験) Helicobacter Pylori Test Antibody Urea Breath Test <input type="checkbox"/> その他(以下余白にご記入ください) Other (Please specify)		
お子様 Child	受診者名 Full Name	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS			生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age:		
					年 月 日 (年齢: 歳)		
	コース Course	<input type="checkbox"/> LF1 <input type="checkbox"/> LF2		オプション Option			
	受診者名 Full Name	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS			生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age:		
				年 月 日 (年齢: 歳)			
コース Course	<input type="checkbox"/> LF1 <input type="checkbox"/> LF2		オプション Option				
受診者名 Full Name	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS			生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age:			
				年 月 日 (年齢: 歳)			
コース Course	<input type="checkbox"/> LF1 <input type="checkbox"/> LF2		オプション Option				
受診者名 Full Name	<input type="checkbox"/> MR <input type="checkbox"/> MISS			生年月日 Date of Birth (YYYY/MM/DD): Age:			
				年 月 日 (年齢: 歳)			
コース Course	<input type="checkbox"/> LF1 <input type="checkbox"/> LF2		オプション Option				
【乳腺検診 Breast Check-up】 乳腺検診の希望日(前日以前) Date of breast check-up (previous day or before): 月(M) 日(D) <input type="checkbox"/> 午前 am <input type="checkbox"/> 午後 pm							
特記事項(日本語): 妊娠中の方、授乳中の方、薬服用中の方、その他何かございましたらこちらにご記入ください。 Remarks (if any): (e.g. pregnant, breast-feeding, under medication)							
申込者氏名 Name of Contact Person				ご住所 Address			
勤務先(現地法人名) Name of Company				電話番号 Telephone		ファックスまたはeメール Fax or e-mail	
				(<input type="checkbox"/> Company <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Mobile)			

【個人情報に関して】健康診断のご利用に当たりご提供頂く個人情報は、診療業務、会計・健康診断レポート業務等の関連事務、再検査・精密検査・定期受診等のご連絡、及び必要に応じ関係医療機関との連携(専門医療機関、外注検査等)、検査精度管理、安全管理、法令により関係機関に提供を要求された場合等に使用させていただきます。

【Personal Data Protection】 We will use your personal data provided to us to carry out medical services and related administrative affairs including accounting and issuing of medical reports, correspondence on further examinations or follow-ups as well as for other necessary activities including coordination with relevant medical service providers such as specialists and laboratories, quality assurance, safety activities and required liaison with official agencies and authorities.