添付書類（その５）

（施設名）

日帰り人間ドックの委託検査をする場合の提携医療施設

１．委託医療施設名

２．住　　所　　〒

３．電　話　番　号

４．委託検診内容　　（１）眼　科　：　視力検査　眼底検査　眼圧検査

（２）婦人科　：　乳房触診　乳房画像診断

婦人科診察　子宮頚部細胞診

（該当事項に〇をしてください）

委　託　検　診　同　意　書

私は　　病院と全日病日帰り人間ドックの上記検診項目の委託提携に同意します。

（１）眼科医師氏名　　印

（２）婦人科医師氏名　　印

添付書類その5-②