

# PET/CT がん検診申込書 (武雄商工会議所 FAX23-3160)

申請事業所	住所	事業所名		印
		代表者名		

フリガナ					○をお願いします
受診者名					会員・所属員・家族
生年月日	大正・昭和・平成		年 月 日 ( ) 歳		男・女
住所	〒 -				
電話番号	自宅	( )	-		病院から連絡を 差上げて良い番号に ○をお願いします。
	会社	( )	-		
	携帯	( )	-		
希望コース	ベーシック「追跡型」( )・ベーシック( )・スタンダード( )・スペシャル( )				
検査料金	95,000 円	120,000 円	128,000 円	149,000 円	
会員割引料金	90,000 円	115,000 円	123,000 円	144,000 円	
希望日	( )	空いているとき、いつでも構わない			
	( )	希望日			
	( )	第1希望	月	日( 曜日)	
	( )	第2希望	月	日( 曜日)	
	( )	曜日のみ希望(希望曜日に○) 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日			
	( )	キャンセル待ちでも構わない			
	( )	特別に急がない			
( )	その他( )				
会議所確認	受付日	武雄商工会議所 印			
申込方法	<p>① 会員は申込書記入後、会議所事務局へ送付</p> <p>② 事務局は対象者確認後、当院へ送付(郵送 or FAX)</p> <p>③ 当院では、事務局より申込書受領後、本人と受診日 を電話にて打合せ</p>				

西諫早病院癌研PET/CT画像診断センター

〒854-0063 長崎県諫早市貝津町 3015

TEL0957-25-6666 FAX0957-25-1288