

# PET/CT検診申込書 (大村商工会 FAX 0957-52-2511) 2019.10

申請事業所	住所	事業所名	印			
		代表者名				
フリガナ		体重	○をお願いします			
受診者名		kg	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	( ) プレミアム	
検査料金	99,500	123,500	134,500	156,500	205,500	
会員割引料金	89,500	113,500	124,500	146,500	195,500	
受診施設	( )	西諫早病院癌研PET/CT画像診断センター				
	( )	サテライトクリニック PET/CT佐世保 (※プレミアムは諫早のみでの案内となります)				
希望日	( )	空いているとき、いつでも構わない				
	( )	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				
( )	その他( )					
会議所確認	受付日	年	月	日	大村商工会議所	印
申込方法	①会員は申込書記入後、商工会事務局へ送付 ②事務局は対象者確認後、当院へ送付(郵送 or FAX) ③当院は申込書受領後、本人と受診日を電話にて打合せ					

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

TEL 0957-25-6666 FAX 0957-25-1288