

# PET/CT検診申込書 (諫早商工会議所 FAX 24-3638)

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	<input type="checkbox"/> 自宅 ( ) -	当院から連絡を 差上げてよい番号に <input checked="" type="checkbox"/> をご記入ください
	<input type="checkbox"/> 会社 ( ) -	
	<input type="checkbox"/> 携帯 ( ) -	

希望コース <small>(希望コースに<input checked="" type="checkbox"/>をご記入ください)</small>	<input type="checkbox"/> ベーシック 「追跡型」	<input type="checkbox"/> ベーシック	<input type="checkbox"/> スタンダード	<input type="checkbox"/> スペシャル	<input type="checkbox"/> プレミアム
検査料金	97,750円	123,450円	131,700円	153,300円	201,600円
会員割引料金	87,750円	113,450円	121,700円	143,300円	191,600円

※スペシャル・プレミアムに関しては、西諫早病院のみの対応となります。

希望日	<input type="checkbox"/>	空いているとき、いつでも構わない
	<input type="checkbox"/>	希望日 第1希望 月 日 ( 曜日) 第2希望 月 日 ( 曜日)
	<input type="checkbox"/>	曜日のみ希望 (下記の希望曜日を○で囲んでください。) 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日
	<input type="checkbox"/>	キャンセル待ちでも構わない
	<input type="checkbox"/>	特別に急がない
	<input type="checkbox"/>	その他 ( )

会議所確認	受付日	諫早商工会議所 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orFAX)</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

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