

PET/CT検診申込書 (長崎商工会議所 FAX 095-822-0112)

記入日 年 月 日

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 (※スペシャル、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	長崎商工会議所	印
申込方法	①会員は申込書記入後、会議所事務局へ送付 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