

人間ドック申込用紙

※太枠内をご記入下さい

お 申 込 日		種 別	一 般 ・ 団 体
フリガナ		性 別	生年月日
お 名 前	様		(歳)
ご 住 所	〒 TEL		
お 勤 め 先	TEL		
検 査 希 望 日	()		
コ ー ス の 希 望	ご希望のコースを□欄へチェックして下さい。※消費税別 <input type="checkbox"/> 半日コース (一般料金：37,800円 団体料金：34,560円) <input type="checkbox"/> 一日コース (一般料金：48,600円 団体料金：45,360円)		
上 部 消 化 器 管 検 査 の 希 望	ご希望の方法を□欄へチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> 胃透視 ※一日コースの方は、胃カメラのみとなります。		
オ プ シ ョ ン の 希 望	ご希望の方法を□欄へチェックして下さい。 <input type="checkbox"/> 婦人科(子宮がん)検診 (+ 4,320円) <input type="checkbox"/> 頭部CT検査 (+ 10,800円) <input type="checkbox"/> 胸部CT検査 (+ 10,800円) <input type="checkbox"/> 腹部CT検査 (+ 10,800円) <input type="checkbox"/> ABI(動脈硬化検査) (+ 1,512円)		

● 来院歴

なし・あり (最終 平成 年 月 日)

お申し込みは・・・外来受付へ本誌を直接ご提出いただくか、
FAX・電話にても受付いたします。

電話番号 095-827-3606

FAX 095-818-4030