

■■■ PET-CTがん検診申込票 ■■■

申込日 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	性別
※ お 名 前		大・昭 年 月 日 (歳)	男・女
※ 住 所	〒 -		
	自宅TEL ()	-	
	携帯番号 ()	-	
※ 申込みコース	Aコース ・ Bコース ・ Cコース (総合コース) (基本コース) (PET-CTコース)		
オプション検査 ご希望の検査に○をつけてください。	内臓脂肪測定 ・ 骨密度測定 ・ 脳検診 ・ 大腸内視鏡検査		
※ 検査希望日 予約状況によりご希望の日程がお取りできない場合は、こちらからご連絡を差し上げます。	<input type="checkbox"/> 早い時期であればいつでもよい <input type="checkbox"/> 日程希望あり 年 月 日 <input type="checkbox"/> その他 ()		
職 業	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 会社役員 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他()		
お 勤 め 先	TEL () -		
南風病院受診歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (PET検診 ・ 人間ドック ・ 入院 / 外来)		
糖 尿 病	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
連 絡 事 項 等			

- ・ ※の箇所は必ずご記入ください。
- ・ 申込票は**郵送**または**ファックス**でお送りください。
- ・ 申込票到着後、受付確認と日程について郵送にてご連絡致します。
- ・ オプションの大腸内視鏡検査は、コース受診日とは別日に検査を行います。
- ・ 宿泊が必要な方には、近隣提携ホテルのご案内を送付いたしますので、その他の欄に「宿泊案内送付」とご記入ください。(宿泊費は自己負担となります)

個人情報の利用について

ご記入いただいた個人情報は、今回のPET-CTがん検診に関わる連絡のために利用させていただくほか、今後の検診のご案内、情報誌の送付等のために利用させていただくことがあります。不要の場合は、その旨をお申し出ください。

**ご予約
お問合せ**

☎ (0120) 332-411 FAX (0120) 332-967
 【月～金】9:00～17:00 【土】9:00～12:00/日祝休 FAX 24時間受付