

# 「PET/CTがん検診」

## 申込書

記入日 平成 年 月 日

フリガナ					体重
受診者名					kg
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ( )歳 男・女				
住所	〒 ー				
お勤め先					
職種・役職					
電話番号	自宅	( )	ー	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	( )	ー		
	携帯	( )	ー		
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	97,750円	123,450円	131,700円	153,300円	201,600円
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	( )	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			
	( )	空いているとき、いつでも構わない			
( )	その他( )				
その他 *ご質問等あれば ご記入ください。					
PET/CTをどちらでお知りになりましたか？(何方の御紹介ですか？)					
お申込み方法	電話でお申し込みの方はTEL0957-25-6666 ファックスでお申し込みの方はFAX0957-25-1288 窓口受付(癌研PET/CT画像診断センター) ホームページ受付 <a href="http://www.syoujinkai.com">http://www.syoujinkai.com</a>				

### 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