

送信方向

医療法人 祥仁会 西諫早病院 癌研PET/CT画像診断センター

FAX.0957-

「PET/CTがん検診」

25-1288

申込書

年 月 日

フリガナ			体重
氏名			kg
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 ()歳 男・女		
住所	〒 -		
お勤め先			
職種・役職			
電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅	-	病院から連絡を差し上げて良い番号に✓印をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 会社	-	
	<input type="checkbox"/> 携帯	-	
希望コース (✓印をご記入ください)	<input type="checkbox"/> ベーシック 123,500 円	<input type="checkbox"/> ベーシック追跡 99,800 円	<input type="checkbox"/> スタンダード 134,000 円
	<input type="checkbox"/> スタンダードプラス 137,500 円	<input type="checkbox"/> プレミアム 205,000 円	(税込み)
希望日	<input type="checkbox"/> 第1希望日	月 日 (曜日)	
	<input type="checkbox"/> 第2希望日	月 日 (曜日)	
	<input type="checkbox"/> 曜日のみ希望 (希望曜日に✓)	<input type="checkbox"/> 月曜日 <input type="checkbox"/> 火曜日 <input type="checkbox"/> 水曜日 <input type="checkbox"/> 木曜日 <input type="checkbox"/> 金曜日 <input type="checkbox"/> 土曜日	
	<input type="checkbox"/> 空いているとき、いつでも構わない		
<input type="checkbox"/> 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 (どなたのご紹介ですか)			
申し込み方法	<p>電話 でお申し込みの方⇒下記番号までおかけ下さい</p> <p>ファックス でお申し込みの方⇒この用紙をご送信下さい</p> <p>ホームページ受付 ⇒ http://www.syoujinkai.com</p> <p>窓口受付 ⇒下記住所まで直接お越し下さい</p>		

※ご予約・お問い合わせは癌研PET/CT画像診断センターまでお気軽にお尋ねください。

医療法人 祥仁会 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番地予約・お問い合わせ
専用電話TEL.0957-
25-6666