

FAX受信日

年 月 日 ()

PET-CTがん検診予約申込書(FAX専用)

FAX番号 **0248-22-2289**

* 予約は電話からもお申し込みいただけます

ふりがな

お名前__

性別 男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

身長・体重 cm kg

住所

電話

FAX

携帯電話

糖尿病の有無 有・無

● ご希望のコースをお選び下さい。(□にチェックして下さい)

- | | | | |
|-------------------------------------|-----|----|--------------|
| <input type="checkbox"/> ベーシックコース | 日帰り | 料金 | 99,750円(税込) |
| <input type="checkbox"/> スタンダードコース | 日帰り | 料金 | 117,600円(税込) |
| <input type="checkbox"/> エグゼクティブコース | 一泊 | 料金 | 183,750円(税込) |

* エグゼクティブコースは、1泊のため月～火もしくは水～木曜日になります

● ご希望の日時をご記入下さい(月～金曜日でお願いします)

第1希望	年	月	日	()
第2希望	年	月	日	()
第3希望	年	月	日	()

* 第3希望は第1、2希望と別の月でお願いいたします

* 申込書確認後、PETセンターからお電話させていただき詳細な日時の調整をさせていただきます

● ご希望の連絡方法をご記入下さい(□に優先順位を記入して下さい)

 電話 FAX 携帯 職場など()● JA組合員(その家族)とPET定期積金加入者はそれぞれ5%の割引になります。
(□にチェックして下さい) JA組合員(JA名) PET定期積金

● お支払い方法のご予定を記入して下さい(□にチェックして下さい)

 振込み(農協 銀行) 現金 クレジットカード

[個人情報の取扱いについて]

上記申込書にご記入頂きました個人情報につきましては、当院「個人情報保護方針」に基づき、PET-CTがん検診における予約管理の目的以外には使用いたしません。さらに、当該個人情報の管理につきましても同方針に基づき、安全かつ厳密に管理いたします。