PET−CT検診　JA福島コース 申込書

受付日　令和　　年　　月　　日

JA名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

共助会加入の有無　　有　・　無
（※JAにお勤めの方はチェックして下さい）

検診希望日	第1希望	月　　日（　　）
	第2希望	月　　日（　　）

フリガナ		生年月日	性別
受診者　氏名		大･昭･平　　年　　月　　日	男・女
受診者　住所	〒	電話番号（すべてご記入下さい）	
		自宅	
		携帯	
		職場　（勤務先名　　）	
身長･体重	cm　　kg	糖尿病	有　・　無

がん検診コース	□PET−CT検査のみ　45,000円（税込）　※ リピーター 42,750円（税込）
	□PET−CT検査＋ピロリ菌検査（便検査）　49,000円（税込）※ リピーター 46,750円（税込）
	□オプション（脳検診）　13,200円（税込）
備　考	※ 手術歴のある方はチェックをお願い致します。　（　無　・　有　）
お問合せ先	PET画像診断センター　TEL：0248－22－2282.　FAX：0248－22－2289.