

PET-CT検診 第8期 JA福島復興コース申込書 受付日 平成 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	<input type="checkbox"/> PET-CT検査のみ 41,000円(税込) ※ リピーター- 38,950円(税込)
	<input type="checkbox"/> PET-CT検査+ピロリ菌検査 (便検査) 45,000円(税込) ※ リピーター- 42,750円(税込)
	<input type="checkbox"/> オプション (脳ドック) 12,960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.
-------	---