

PET-CT検診

那須町民コース申込書

受付日 令和 年 月 日

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
受診者氏名			大・昭・平 年 月 日 性別 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 53,000円(税込)		
	<input type="checkbox"/> PET-CT検査+ピロリ菌検査(便検査) 57,000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		