

# 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	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 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)			
	<input type="checkbox"/> オプション(脳ドック) 16,500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			