PET－CT 健診予約申込書

広島平和クリニック

東広島商工会議所　御中

下記のとおり申し込みます。　　令和　　年　　月　　日

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　）歳	
自宅住所	〒　　－ （フリガナ）	
電話番号	（　　）　　－　　携帯電話（　　）　　－	
事業所名		
住所		
電話番号	（　　）　　－	

該当する項目に☑チェックを入れて下さい。

希望コース	□ トータルエグゼクティブコース　□ トータルスタンダードコース □ エグゼクティブコース　□ スタンダードコース □ ベーシックコース（受診時、人間ドック等の検査成績表があればご持参ください）
希望日	□ 早い時期であればいつでも構わない □ 健診日指定　第一希望　　月　　日（　）曜日 第二希望　　月　　日（　）曜日 □ 曜日のみ指定〔火・水・木・金・土・日〕
糖尿病	□ ある　□ ない
ペースメーカー	□ ある　□ ない
体内金属	□ ある　□ ない
日中連絡先	□自宅　□事業所　□携帯
資料案内送付先	□自宅　□事業所

予約申込書の回付先

広島平和クリニック
〒730-0856　広島市中区河原町1－31
FAX　082（233）7700
TEL　082（532）2211
※ 休診日は毎週月曜日・予約専用フリーダイヤルは 0120－656－661（8:30～17:30）

※本申込書にご記入いただいた情報は、当該健診の各種連絡・情報提供のために利用いたします。

商工会議所記入欄

受付日	商工会議所名	担当印
	東広島商工会議所　確認印	

FAX 0823-420-0309 東広島商工会議所 行き