

PET-CT 健診予約申込書

広島平和クリニック

岩国商工会議所 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	<input type="checkbox"/> トータルエグゼクティブコース <input type="checkbox"/> トータルスタンダードコース <input type="checkbox"/> エグゼクティブコース <input type="checkbox"/> スタンダードコース <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 早い時期であればいつでも構わない <input type="checkbox"/> 健診日指定 第一希望 月 日 () 曜日 第二希望 月 日 () 曜日 <input type="checkbox"/> 曜日のみ指定 [火・水・木・金・土・日]
糖尿病	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
体内金属	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 携帯 資料案内送付先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 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
	岩国商工会議所	確認印

FAX

0827-21-4646

岩国商工会議所 行き