

# PET/CT検診申込書 (松浦商工会議所 FAX 0956-72-0199)

申請事業所	住所 〒 -	事業所名	印
		代表者名	

フリガナ		体 重	○をお願いします	
受診者名		kg	会員・所属員・家族	
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日( )	歳 男・女	
住 所	〒 -			
電話番号	<input type="checkbox"/> 自 宅 ( ) -	当院から連絡を 差上げてよい番号に ☑をご記入ください。		
	<input type="checkbox"/> 会 社 ( ) -			
	<input type="checkbox"/> 携 帯 ( ) -			
受診施設	<input type="checkbox"/> 西諫早病院癌研PET/CT画像センター <input type="checkbox"/> サテライトクリニックPET/CT佐世保(*スペシャル・プレミアムコースは諫早での案内となります。)			
希望コース <small>(希望コースに☑をご記入ください。)</small>	<input type="checkbox"/> ベーシック追跡型	<input type="checkbox"/> スタンダード	<input type="checkbox"/> スペシャル	<input type="checkbox"/> プレミアム
一般価格	97,750円	131,700円	153,300円	201,600円
優待価格	87,750円	121,700円	143,300円	191,600円

\*スペシャル・プレミアムに関しては、西諫早病院のみの対応となります。

希 望 日	<input type="checkbox"/> 空いているとき、いつでも構わない			
	第1希望	月	日( )	曜日
	第2希望	月	日( )	曜日
	曜日のみ希望(下記の希望曜日を○で囲んでください。) 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・土曜日			
会議所確認	受付日	印		
申込方法	①会員は申込書記入後、会議所事務局へ送付 ②事務局は対象者確認後、西諫早病院へ送付(郵送orFAX) ③西諫早病院より受診日の確定のため、御本人へ 連絡いたします。			

## 西諫早病院癌研PET/CT画像診断センター

〒854-0063 長崎県諫早市貝津町3015

**TEL 0957-25-6666 FAX 0957-25-1288**