

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		
氏 名		kg	会員・所属員・家族		
生年月日	昭和・平成	年 月 日()歳	性別	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(*スタンダードプラス・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	<input type="checkbox"/> ベーシック	<input type="checkbox"/> ベーシック追跡型	<input type="checkbox"/> スタンダード	<input type="checkbox"/> スタンダードプラス	<input type="checkbox"/> プレミアム
一般価格	123,500円	99,800円	134,000円	137,500円	205,000円
優待価格	113,500円	89,800円	124,000円	127,500円	195,000円

希 望 日	<input type="checkbox"/> 空いているとき、いつでも				
	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(郵送orFAX) ②事務局は確認後、西諫早病院へ送付(郵送orFAX) ③西諫早病院より日時確定のため連絡があります。				

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