

PET-CT検診 JA福島コース 申込書

受付日 令和 年 月 日

JA名 _____

共助会加入の有無 有 ・ 無
(※JAにお勤めの方はチェックして下さい)

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 45,000円(税込) ※ リピーター- 42,750円(税込)
	<input type="checkbox"/> PET-CT検査+ピロリ菌検査 (便検査) 49,000円(税込) ※ リピーター- 46,750円(税込)
	<input type="checkbox"/> オプション (脳ドック) 13,200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.
-------	---