

# PET-CT検査申込書

カルテ あり ・ なし

( ID )

申込日 年 月 日 ( )

お名前	フリガナ		性別	
	様		男 ・ 女	
生年月日	T ・ S ・ H	年	月	日 ( 歳)
自宅 ご住所	〒 —			
	TEL			
	FAX			
	携帯番号			
勤務先	(上記と同じ場合は記入不要)			
	会社名	役職名		
		所属団体名		
	〒 —			
	TEL			
郵送先	自宅 ・ 会社		連絡先	自宅 ・ 会社 ・ 携帯
	PETのみ ・ スタンダード ・ ビップ ・ 総合 ・ プレミアム ・ アンチエイジング			
ご希望 コース	* オプション追加 ( )			
	* キャンセル項目 ( )			
受診 希望日	第1希望		年	月
	第2希望		年	月
	日 ( )			
お支払 方法	現金払い ・ 分割払い (金利手数料不要) ・ カード払い			
	その他 ⇒ ( )			
インフルエンザ 予防接種	どちらか に ○	( )最近予防接種をした →いつ頃( )		
	( )していない			
※注意 検査結果に支障があるため、検査前1週間は接種を控えた方がよい。				

※裏面へ

