

No. \_\_\_\_\_

ファックスで申し込みの場合:089-999-1195

## ID. \_\_\_\_\_ 「男性 PET-CT がんどック」受診申込書

がんセンターの定めている検診方法で、受診必須です

対象臓器	当センターの検診方法	料金 (円)	割引料金 (円)
全身・肺	PET-CT と喀痰細胞診	137,000	95,900~ 123,300 割引の併用により 異なります
肝臓・胆嚢・膵臓・ 腎臓・膀胱・前立腺	上腹部・骨盤 MRI		
大腸	便潜血		
胃・肝臓・ 前立腺・その他	腫瘍マーカー(CEA・PSA・ペプシノー ゲン・肝炎ウィルス検査)と血液・ 生化学検査と尿検査		

+ (プラス)

[追加項目] 追加をご希望の方は、○印をつけて下さい

○印	対象臓器	当センターの検診方法	料金 (円)
	胃・食道	内視鏡 (第2・4土曜日のみ可能)	13,000
	腰椎・大腿骨	骨密度測定:DXA 法(二重エネルギーX線吸収法)	4,500

※追加項目の割引はありません。

男性 PET-CT がんどックは土曜日のみ実施しております。受診日のご希望がある場合はご記入ください。また、割引対象の方は該当欄に☑を入れてください。

## ●受診希望日

第1希望	第2希望	第3希望
平成 年 月 日( )	平成 年 月 日( )	平成 年 月 日( )

●割引 (併用可) …リピーター割引(10%) 前回の受診日から2年以内にお申し込みされる場合。家族割引(10%) ご家族の氏名 [ \_\_\_\_\_ ]企業割引(10%)

(お支払いはクレジットカード、デビットカードでも可能です。)

\* サービス \*

PET-CT単独コースを受けられた方に下記のサービスを提供します。ご希望の方は○印をおつけください。

○印	サービス内容
	マンダリーヌ (食堂) …定食を無料で提供いたします。 営業時間 平日は 8:00~18:30 土曜日は 11:00~16:00 です。 (平日は 18:00、土曜日は 15:30 までにご注文ください。)

平成 年 月 日

(受診者) 〒 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生( )歳

住所 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (男・女) 当院がんどック受診歴 あり( 年 月頃)・なし

私は、「がんどックのご案内」の内容を十分理解した上で受診申込いたします。 印 \_\_\_\_\_