

No. _____

ファックスで申し込みの場合:089-999-1195

ID. _____ 「PET-CT II (クイック)単独コース」受診申込書

対象臓器	当センターの検診方法	料金 (円)	割引料金 (円)
全身	PET-CT	85,000	59,500~76,500 割引の併用により異なります

+ (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 (月、水、木、金、第2・4土曜日のみ可能)	13,000
	胃・肝臓・ 前立腺・その他	腫瘍マーカー(CEA・PSA・CA125・ペプシノーゲン・ 肝炎ウィルス検査)と血液・生化学検査	6,100
	乳房	マンモグラフィ〔女性のみ〕	6,000
	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。

PET-CT 単独コースは月曜から土曜日まで実施しております。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。)

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ندوق受診歴 あり(年 月頃)・なし

私は、「がندوق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 _____