

PETがん健診特別キャンペーン申込書

申込期限：2024年2月29日

受診期限：2024年4月30日

FAX 093(591)2586

申込日 年 月 日

フリガナ	
氏名	
生年月日	西暦 年 月 日 () 歳 男・女
ご住所	〒 -
PETがん健診申込書が当センターへ到着後、予約の日時についてお電話をさし上げております。 日中繋がりにやすいお電話番号をご記入ください。	
お電話番号	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 (- -)
	携帯 (- -)

受診コース	<input type="checkbox"/> J(総合) + オプション検査 <input type="checkbox"/> 胃カメラ <input type="checkbox"/> アレルギー ※オプションのみのご受診はできかねます。 <input type="checkbox"/> K(総合PLUS)… <input type="checkbox"/> 北九州総合病院 <input type="checkbox"/> 新小倉病院 <input type="checkbox"/> 製鉄記念八幡病院 ↑ 脳ドック実施医療機関をお選びください。
希望日	<input type="checkbox"/> 早い時期であればいつでも構わない <input type="checkbox"/> 受診指定 希望日 月 日 (曜日) 希望日 月 日 (曜日) ※休診日：日曜・祝日/第2・4土曜日/年末年始 他
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり(空腹時血糖： mg/dl) <input type="checkbox"/> なし
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり(メーカー名：) <input type="checkbox"/> なし →受診当日はペースメーカー手帳をお持ちください。

- PETがん健診申込書は①FAXまたは②郵送にてお送りください。
- 2名以上の受診の場合は、PETがん健診申込書をコピーしてお使いください。
- 妊娠中・妊娠の可能性がある方は受診できません。授乳中の方もお勧めいたしません。
- 検査日のキャンセル・変更は必ず受診日の10日前までをお願いします。キャンセル・変更の場合、キャンセル料をいただく場合がございます。

※お申込者の個人情報、健診の受診申込以外の目的で利用することはありません。
また、個人情報の取扱いには十分な注意を払い、適切な管理をいたします。

