

「がんドック」・「脳ドック」健診申込書

いちき串木野商工会議所 行 FAX 32 - 9891

フリガナ			
事業所名	(担当者名)		
所在地	〒 -		
電話番号			
FAX番号			
フリガナ		性別	男・女
受診者名			
受診者連絡先(携帯電話等)	() -		
受診希望日	第1希望日	令和	年 月 日
	第2希望日	令和	年 月 日
受診希望コース	* 希望するコースを 印で囲んでください 1. がんドック(PETドックコース) 2. がんドック(PET/CTドックコース) 3. 脳ドック(Aコース) 4. 脳ドック(Bコース)		
受診希望病院 (脳ドックのみ)	1 厚地記念クリニックPET画像診断センター(がんドック) 厚地脳神経外科センター(脳ドック)		
生命共済への加入	1. 加入している 2. 加入していない		

* ご記入いただいた情報は、今後のご案内や商工会議所各種事業のご案内に利用させていただくことがあります。