

# PET がんどック

## お申し込み用紙 / FAX

▶ファックスでお申し込みの場合は、本申込書にご記入の上、下記のファックス番号にご送信ください。  
▶下記のフリーダイヤルでお電話でもご予約も受付けております。

### 受診者様情報

ご氏名	フリガナ .....	性別	<input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
生年月日	明・大 昭・平	年 月 日生	年齢 歳
ご住所	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ※アパート・マンション名・部屋番号もご記入下さい		
ご連絡先	お電話 (ご自宅) ▶ (        )        - <input type="checkbox"/> 携帯電話 PHS ▶ (        )        - <input type="checkbox"/> FAX ▶ (        )        - <input type="checkbox"/>	◀お電話でのご連絡の際に優先する連絡先に『✓』をご記入ください	
ご職業 勤務先	ご職業 ..... 勤務先名 ..... 住 所 〒        - 電話番号 (        )        -		

お申し込み内容    ご希望の項目の口に『✓』をご記入ください。

ドック コース	<input type="checkbox"/> <b>PET がんどック</b> ▶147,000 円 (税込)		
	<b>PET がんどック オプション</b>	<input type="checkbox"/> 脳ドック ..... +21,000 円 (税込) <input type="checkbox"/> メタボリックシンドローム診断 ..... +5,250 円 (税込) <input type="checkbox"/> 血液検査 ..... +3,150 円 (税込) <input type="checkbox"/> 胃内視鏡検査 ..... +13,650 円 (税込) <input type="checkbox"/> 胃X線検査 ..... +10,500 円 (税込)	提携施設での検査となります。 PET がんどックと同日に検査することはできません。
受診 希望日	第1希望日        年        月        日 ..... 第2希望日        年        月        日	■土・日・祝日を除く月～金曜日でご指定ください。 ■お申し込み日より1週間後以降のご予約が可能です。	

ファックスでのお申し込み・お問い合わせ

■本申込書をご利用ください。

FAX 011-621-0902

PET がんどック  
専用ダイヤル

お電話でのお申し込み・お問い合わせ

■受付時間：平日9:00～18:00 / 土曜日8:30～12:00

0120-505-118