

専門ドック申込書

◎当院受診歴： 有 ・ 無

※確認のため、事前にお電話させていただく場合がございます。

患者ID	(企業・健保組合)
*企業・健保組合を通してのお申し込みの場合ご記入ください		
受診日	年	月 日
フリガナ		
氏 名		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 歳

連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 会社
	住所	〒
	電話	携帯電話

書類等 送付先	<input type="checkbox"/> 同上	<input type="checkbox"/> 会社・その他 ()
	住所	〒
	電話	

コース一覧 ご希望のコース番号に○をつけてください

- 1 心臓ドックコース (1泊2日)
- 2 脳ドックコース
- 3 脳画像診断コース

※ オプション検査は選択できません。

※ キャンセル料について

ご予約後、受診予定日の前日(16時)以降に予約変更・キャンセルされた場合、キャンセル料が発生しますのでご注意ください。

- 心臓ドック : 6,000円
- 脳ドック : 3,000円
- 脳画像診断 : 3,000円

前回ドック	年	月	日 ・ 初回
-------	---	---	--------