

人間ドック申込用紙

※太枠内をご記入下さい

お申込日	平成 年 月 日		
フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	大・昭 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 - 電話番号 ()		
お勤め先	電話番号 ()		
検査希望日	第一希望	平成 年 月 日	()
	第二希望	平成 年 月 日	()
コースのご希望	ご希望のコースを□欄へチェックして下さい。※消費税込		
	<input type="checkbox"/> 一般コース		(料金:14,000円)
	<input type="checkbox"/> 一般コース+上部消化管コース		(料金:29,000円)
	<input type="checkbox"/> 一般コース+下部消化管コース		(料金:33,000円)
	<input type="checkbox"/> 一般コース+総合消化管消化管コース		(料金:45,000円)
オプションのご希望	ご希望のコースを□欄へチェックして下さい。※消費税込		
	<input type="checkbox"/> 胸部CT検査		(料金:7,000円)
	<input type="checkbox"/> 肺機能検査		(料金:2,000円)
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診(超音波検査)		(料金:3,500円)
	<input type="checkbox"/> 病理生検 ※内視鏡検査時の病変を認めた場合のみ		(料金:12,000円)
	<input type="checkbox"/> ピロリ検査(血液検査) ※内視鏡検査不要		(料金:1,000円)

当院 記入欄	● 来院歴(事務担当者記入) なし・あり(最終 平成 年 月 日)
	● その他、特記事項

お申し込みは、、、受付へ本誌を直接ご提出いただくか、FAX・電話にても受け付けます。

今里胃腸病院

電話番号:06-6752-7531 FAX:06-6752-2710