

ガン検診 FAX 申込書

(宇治商工会議所 会員様用)

事業所名 _____

ふりがな
名前 _____ (男・女) 生年月日 M・T・S・H 年 月 日

住所 (〒 _____) _____

TEL : (_____) _____ - _____ メールアドレス: _____

◎ ご希望のコースをお選び下さい。(□にチェックをお入れ下さい。)

ガン検診【PET-CT コース】

(PET-CT 検査・腫瘍マーカー・便潜血(3 回法)・ペプシノーゲン検査)

ガン検診【エグゼクティブコース】

上記 PET-CT コースに加えて 腹部超音波・脳ドック・骨盤部 MRI

人間ドック総合ガン検診

*人間ドックはガン検診受診後 1 週間以内の別日で
武田病院検診センターでの実施となります

上記 PET-CT コースに加えて人間ドック

○ ご希望のオプションをお選び下さい。(□にチェックをお入れ下さい。)

脳ドック(MRI・MRA) 27,000 円 骨盤部 MRI 検査 27,000 円 婦人科検査 3,240 円

当日検査説明 10,800 円 (乳房:触診、子宮:内診、細胞診)

※オプションの注意事項

人間ドックと乳房X線検査(マンモグラフィ)・乳房超音波検査は、ガン検診と同日に実施できません。

◎ ご希望の日時をご記入ください。

第1希望 月 日 (曜日) 午前・午後

第2希望 月 日 (曜日) 午前・午後

第3希望 月 日 (曜日) 午前・午後

◎ ご希望の連絡方法をお聞かせ下さい。(□に優先順位をお入れ下さい。)

電話 FAX メール 携帯(_____ - _____)

◎ ご決済方法を以下の2つよりお選び下さい。(□にチェックをお入れ下さい。)

銀行振込によるお支払い

※ 入金確認の為、3日前までにお振込みお願い致します。

クレジットカードによるお支払い

※ 検査当日に決済致しますので、クレジットカードをご持参下さい。

【申込・受付の流れ】

①この用紙に必要事項をご記入の上、宇治商工会議所 FAX:0774-24-6930まで FAX してください。

②後日、武田病院画像診断センターよりご希望の連絡方法にて、日程調整の連絡を致します。

③武田病院画像診断センターよりガン検診のご案内をお送りします。