

検診申込書

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 / 女	大 / 昭 / 平	年	月 日
住所 連絡 先	〒 - -		電話	- -	携帯 - -
希望コース	<input type="checkbox"/> 総合がん検診 <input type="checkbox"/> PET-CT検診+頭部MRI&MRA <input type="checkbox"/> 脳ドック+胃内視鏡検査				
オプション検査	<input type="checkbox"/> マンモPET乳がん検診 <input type="checkbox"/> 心臓検査 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ乳がん検診 <input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT検査				
検診 希望 日	第一希望	年	月	日	希望連絡先：電話 / 携帯 / 勤務先 つながりやすい時間帯 ()
	第二希望	年	月	日	
	第三希望	年	月	日	
事業所名			代表者名		
担当者名			TEL		
備考欄					

上記に必要事項をご記入の上、FAXまたはメールにてお申込みください。
後日、医療機関より実施日時について、調整のご連絡をさせていただきます。

ご記入されました個人情報は、関西日中平和友好会から各種連絡の為に使用するほか、検査の実施、結果報告の為に利用いたします。

申込先

一般社団法人
関西日中平和友好会

FAX 050-3737-9263

または info@imedical-japan.com

◆オプション検査について◆
お問い合わせ

アイメディカルJAPAN株式会社 担当者：辛(シン)

TEL: 06-7711-1677 または 080-8452-5526

