

PET-CT 健診予約申込書

広島平和クリニック

福山商工会議所 御中

下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 () 歳		
自宅住所	〒 — (フリガナ)		
電話番号	() — 携帯電話 () —		
事業所名			
住所			
電話番号	() —		

該当する項目に☒チェックを入れて下さい。

希望コース	☐ トータルエグゼクティブコース ☐ トータルスタンダードコース ☐ エグゼクティブコース ☐ スタンダードコース ☐ ベーシックコース (受診時、人間ドック等の検査成績表があればご持参ください)		
希望日	☐ 早い時期であればいつでも構わない ☐ 健診日指定 第一希望 月 日 () 曜日 第二希望 月 日 () 曜日 ☐ 曜日のみ指定 [火・水・木・金・土・日]		
糖尿病	☐ ある ☐ ない		
ペースメーカー	☐ ある ☐ ない		
体内金属	☐ ある ☐ ない		
日中連絡先	☐ 自宅 ☐ 事業所 ☐ 携帯	資料案内 送付先	☐ 自宅 ☐ 事業所

予約申込書の回付先

広島平和クリニック

〒 730-0856 広島市中区河原町1-31

FAX 082 (233) 7700

TEL 082 (532) 2211

※ 休診日は毎週月曜日・予約専用フリーダイヤルは 0120-656-661 (8:30~17:30)

※本申込書にご記入いただいた情報は、当該健診の各種連絡・情報提供のために利用いたします。

商工会議所記入欄

受付日	商工会議所名	担当印
	福山商工会議所 確認印	



FAX

084-922-0100

福山商工会議所 行き