

医療法人社団脳健会

# 仙台東脳神経外科病院

## 『脳の総合健診（脳ドック）制度』受診申込書

社団法人仙台北法人会 事務局行き

**FAX 022-268-0205**

事業所名			電話		
住所	〒				
ご連絡先	担当課	担当者			
	TEL ( ) -	FAX( ) -			
1	フリガナ	-----		生年	T
	受診者名			月日	S 年 月 日 H
	自宅住所	〒			
	受診希望日時	13:00 ~ (第一希望)	13:40 ~ (第二希望)	8:50 ~ (土曜日のみ)	
	月 日 時	月 日 時	月 日 時		
2	フリガナ	-----		生年	T
	受診者名			月日	S 年 月 日 H
	自宅住所	〒			
	受診希望日時	13:00 ~ (第一希望)	13:40 ~ (第二希望)	8:50 ~ (土曜日のみ)	
	月 日 時	月 日 時	月 日 時		

受診曜日・時間 平日（火・木・金） 13:00 ~ 13:40 ~  
土曜 8:50 ~

\* 受診時間の15分前までお越しく下さい \*

### 申込み・お問い合わせ

社団法人仙台北法人会 〒980-0011 仙台市青葉区上杉三丁目1-30

TEL 022-263-0151 FAX 022-268-0205 URL [www.kitaho.com](http://www.kitaho.com)

個人情報の取り扱いについて（当会は、申込みに記載された個人情報を検診制度申込のための管理（受診医療機関への連絡）に利用し、それ以外の目的で利用することは一切ございません。）