

医療法人西隆会

厚生仙台クリニック

『がんPET 検診』受診申込書

記入日 月 日 ()

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 〒	

フリガナ		生年月日	T	年	月	日
受診者名			S			
			H			
自宅住所	〒					
受診希望日時	検査開始時間は9時30分から14時30分 (第一希望) / (第二希望) 月 日 時 分頃 / 月 日 時 分頃					
受診コース	プレミアムコース スタンダード+脳コース スタンダードコース レディースコース ベーシックコース 受診するコースにチェックマークを入れて下さい。					

フリガナ		生年月日	T	年	月	日
受診者名			S			
			H			
自宅住所	〒					
受診希望日時	検査開始時間は9時30分から14時30分 (第一希望) / (第二希望) 月 日 時 分頃 / 月 日 時 分頃					
受診コース	プレミアムコース スタンダード+脳コース スタンダードコース レディースコース ベーシックコース 受診するコースにチェックマークを入れて下さい。					

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

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。)