

がん診断 [予約申込書]

>>> 下表に必要事項をご記入の上

FAXの場合は、0985-31-3718へご送信ください

電話でも受付致します
▼下記の項目に電話口でお答えください☎0120-371-174・0985-31-3719
(九州管内のみ)

ふりがな			
氏名			
性別	男・女	職業	
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日	歳
住所	〒		
電話番号			
携帯電話			
F A X			
Eメール			
●ご紹介により申込をされる方は、下記の欄もご記入ください			
医療機関からのご紹介	病・医院名 _____ 医師名 _____		
医療機関以外からのご紹介	紹介者名 _____		

コース選択	<ul style="list-style-type: none">・プラチナ PET-CT、CT、超音波、血液検査・ゴールド PET、CT、超音波、血液検査・スタンダード PET、CT、血液検査
希望日	第1希望 月 日 午前・午後 時頃
予約時間が決定次第こちらからご連絡申し上げます	第2希望 月 日 午前・午後 時頃
	第3希望 月 日 午前・午後 時頃
●ご質問・相談がある場合は、ご記入ください	