

FAX: 0948-23-9702

■お申し込みフォーム

お申込年月日: 年 月 日

※印は必須項目となっております。必ずご記入ください。

※コース	<input type="checkbox"/> 人間ドック . . . 胃部検査は、胃透視または胃カメラをお選びください。 胃カメラの場合は、別途料金4,400円追加となります。 <input type="checkbox"/> 胃透視 <input type="checkbox"/> 胃カメラ(経口 ※鎮静剤使用)	
	脳ドック	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース <input type="checkbox"/> Cコース
	<input type="checkbox"/> がんPET検診	PET-CT(+全身CT+腫瘍マーカー)
	心臓肺がんドック	<input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞・肺がん <input type="checkbox"/> 狭心症・心筋梗塞 <input type="checkbox"/> 肺がん
	レディースドック	<input type="checkbox"/> ファーストコース <input type="checkbox"/> セカンドコース <input type="checkbox"/> フルコース
	<input type="checkbox"/> 乳がんドック	
※ご希望日	第1希望	年 月 日( 曜日)
	第2希望	年 月 日( 曜日)
	第3希望	年 月 日( 曜日)
※フリガナ		
※お名前		
※生年月日	( 昭和・平成 ) 年 月 日	
※性別	男性 . 女性	
※郵便番号	〒	
※ご住所		
※電話番号		
携帯電話番号		
Eメール		
オプション		