

富士吉田商工会議所

会員事業所 PET 検診 受診申込書

事業所名		代表者名	印
所在地		TEL 0555 ()	FAX 0555 ()

下記のとおり PET 検診の受診を申し込みます。

(フリガナを必ずお書き下さい。) 受診者氏名		性別	生 年 月 日	希望コース (希望コースに)	希望受診日	
1	.....	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	スタンダード	第 一 希望日	月 日
				ゴールド	第 二 希望日	月 日
2	.....	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	スタンダード	第 一 希望日	月 日
				ゴールド	第 二 希望日	月 日
3	.....	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	スタンダード	第 一 希望日	月 日
				ゴールド	第 二 希望日	月 日
4	.....	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	スタンダード	第 一 希望日	月 日
				ゴールド	第 二 希望日	月 日
5	.....	男・女	T S 年 月 日 H (年齢: 才)	スタンダード	第 一 希望日	月 日
				ゴールド	第 二 希望日	月 日

ご記入いただいた情報は、検診に関する書類作成、連絡にのみ利用させていただきます。

特定日にお申し込みが集中した場合には、ご希望の日に添えないことがありますのでご了承下さい。
(日曜日、月曜日、祝祭日は休診日です。)

必要事項をご記入の上、FAX **055-226-9521** (甲府脳神経外科病院 (PET センター)) へ直接
お申し込み下さい。
書き切れない場合には、本書をコピーしてご記入下さい。

なお、お申込後にキャンセルされる場合には、直接PETセンター**055-232-9311**にご連絡ください。