

# 「がんドック」・「脳ドック」健診申込書

いちき串木野商工会議所 総務課 行 FAX 32-2049 年 月 日

フリガナ				
事業所名				
所在地	〒 -			
電話番号		担当者		
FAX				
フリガナ			性別 男・女	
受診者名				
受診希望日	第1希望日	年	月	日
	第2希望日	年	月	日
受診希望コース	<p>※希望するコースを○印で囲んでください。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>がんドック (PET ドックコース)</li> <li>がんドック (PET/CT ドックコース)</li> <li>脳ドック (Aコース)</li> <li>脳ドック (Bコース)</li> </ol>			
受診病院	<p>厚地記念クリニックPET画像診断センター (がんドック)</p> <p>厚地脳神経外科センター (脳ドック)</p>			
生命共済への加入	<p>1. 加入している      2. 加入していない</p>			