

◆ PET-CTがん検診予約申込書 ◆ (個人・夫婦用)

ふりがな		連絡先	TEL ()	—
名前	(性別)		携帯 ()	—
	男・女		FAX ()	—
		希望コース	A ・ B ・ C	
生年月日	T・S・H 年 月 日	希望日	いつでも良い	
身長・体重	身長: cm 体重: kg		月 (上旬・中旬・下旬)但し(曜日を除く)	
ふりがな		連絡先	TEL ()	—
名前	(性別)		携帯 ()	—
	男・女		FAX ()	—
		希望コース	A ・ B ・ C	
生年月日	T・S・H 年 月 日	希望日	いつでも良い	
身長・体重	身長: cm 体重: kg		月 (上旬・中旬・下旬)但し(曜日を除く)	
ふりがな				
住所	(〒 —) 都・府・県 市・郡 町・村			

1. ご希望のコースは、同封の「PET-CTがん検診のご案内」をご参照ください。
2. ご連絡先は、ご都合のよいご連絡方法を一つご記入ください。
3. お申込みは、同封の返信用封筒または電話・FAXをお願いします。
4. 申込書が到着次第、「PET-CT検査日のご通知」により検査日のご連絡をいたします。
5. ご夫婦でお申し込み頂いた場合は、割引が適用になります。

なお、宿泊を希望される方は、下記の提携ホテルよりお選びのうえ○印をお願いします。当方にて予約します。

提携ホテル	・琴平グランドホテル桜の抄～花湯館～(琴平町) ・こんびら温泉華の湯～本館～(琴平町) ・琴平琴参閣(琴平町) ・オークラホテル丸亀(丸亀市) ・ホテルレオマの森(丸亀市)
	シングル ・ ツイン 食事(有・無)

《PET-CTがん検診予約先》

香川県厚生農業協同組合連合会
滝宮総合病院
 健診課
 ドック専用
 TEL:FAX 087-(876)-3225

お問い合わせ・
 ご質問はお気軽に
 ご連絡ください