

会津若松商工会議所 PET-CTがん検診 申込書

年 月 日

ふりがな			
事業所名	※商工会議所会員番号 _____		
事業所 電話番号	() -	事業所 FAX	() -

※は事務局で使用しますので記入しないでください

ふりがな				性別	<input type="checkbox"/> 男			
受診者 ご氏名					<input type="checkbox"/> 女			
ご住所	〒							
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	年齢	歳		
身長・体重	cm /	kg	所属部署・役職					
電話番号	() -	FAX	() -					
携帯電話	() -	緊急連絡先	() -					
ご希望のコース *ご希望のプランを チェックしてください	<input type="checkbox"/> ベーシックプラン <input type="checkbox"/> スタンダードプラン <input type="checkbox"/> エグゼクティブプラン							
受診希望日	第一希望	年	月	日	第二希望	年	月	日
その他連絡事項								

*本申込書記載事項は、PET-CT検診以外には使用いたしません。

【お申込み先: 会津若松商工会議所 総務課 TEL0242-27-1212 fax0242-27-1207】