脳ドック・脳チェック申込書

氏名	フリガナ	性別
		男　・　女
生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（　　）歳	
自宅住所	〒	
	電話（　　）　　－	
勤務先名		
勤務先住所	〒	
	電話（　　）　　－	
連絡先	□自宅　　□携帯　　□勤務先	
	※平日（月～金）の日中に繋がる連絡先の記入をお願いします。	
希望健診	□脳ドックフルコース　　７０，０００円（税込） ・月・水・金（祝日除く）9：00～14：30	
	□脳チェック　　２２，０００円（税込） ・月～金（祝日除く）17：00～19：00 ・土（祝日除く）9：00～12：00	
健診希望日	第１希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日） 第２希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日） ※申込日より２週間後以降の希望日をお書きください。予約状況によりご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。	
当院受診歴	□有　　□無　　□不明	
	↳いつ頃受診されましたか？（　　）	

※体内に心臓ペースメーカー、脳動脈クリップや人工関節等の電子機器や金属が埋め込まれている方、妊娠中またはその可能性がある方、閉所恐怖症の方等、その他、検査を受けることができない場合があります。

【お申込み・お問合せ窓口】
一般財団法人　広南会　広南病院　脳ドック担当
〒９８２－８５２３　宮城県仙台市太白区長町南４丁目２０番１号
ＴＥＬ０２２－２４８－２１３１（平日１４：００～１６：００）
ＦＡＸ０２２－２４８－１９６６

必要事項をご記入の上、広南病院あてにＦＡＸか電話でお申込みください。確認後、脳ドック担当者から指定連絡先にご連絡いたします。