

検診 PET／CT検査申し込み用紙（FAX申込用紙）

申込日 年 月 日

検診 申込 の方	フリガナ 氏名				男・女	
	生年月日	体 重	kg			
	自宅住所 〒					
	自宅電話 [- -]	電話時間指定	:	~	:	
	連絡先住所 〒					
	連絡先電話 [- -]	電話時間指定	:	~	:	
	検診希望日	第1希望日	年	月	日	()
		第2希望日	年	月	日	()
《備考欄》						

* FAXにて申込いただいた方には、後日当センターより確認の電話をさせていただき、予約日時
の確定をさせていただきます。合わせて検査紹介資料、注意事項等の資料をご送付いたします。

医療法人財団 とやま医療健康センター
とやまPET画像診断センター
電話 076-411-5200
FAX 076-429-7326