

<脳ドックコース申込書>

申し込み日 令和 年 月 日

病院記入欄

R 年 月 日 ()

ふりがな		性別	診察券番号
氏名		男・女	- -
生年月日	昭 平 年 月 日	年齢 歳	初診
ご住所	(〒 -) ※郵送先は正確にご記入ください		
電話番号	日中の連絡先 () -	ご自宅 勤務先 携帯電話	
	その他連絡先 () -	ご自宅 勤務先 携帯電話	

■ 第三希望日まで記入してください

受診希望日	① 月 日	② 月 日	③ 月 日
-------	-------	-------	-------

- 脳ドックコースの料金(税込) 42,000円
 ペア割料金(税込) 39,900円 (2名で同日受診の方は5%割引)

<脳ドック食事オプション申込書>

ふりがな	
氏名	

- 昼食を申し込む(税込1,100円) 昼食を申し込まない
(幕の内弁当 約641kcal 食塩7.2g)

・食後のお飲みものを選んで下さい

- コーヒー(ホット) 紅茶(ホット)

— 病院記入欄 —

受診日 令和 年 月 日 ()

