

<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 お食事の申込み>

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 ()



独立行政法人
国立 病院 機構 千葉医療センター