

FAX 084-922-0100

福山商工会議所 会員課 行

## 倉敷中央病院付属予防医療プラザ PET-CTプラン 予約申込書

下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

フリガナ			性別
氏名			男・女
生年月日	西暦・昭和・平成 年 月 日 ( ) 歳		
住所	〒 -		
電話番号	( ) -	携帯電話	( ) -

事業所名			
所在地	〒 -		
電話番号	( ) -		
希望プラン	<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"/> スペシャルプラン		
希望日	第一希望 月 日 ( )	第二希望 月 日 ( )	第三希望 月 日 ( )

該当の項目にチェックをしてください。

糖尿病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
今まで倉敷中央病院、もしくは倉敷中央病院リバーサイドでのご受診はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
今まで倉敷中央病院付属予防医療プラザでの健康診断のご受診はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

商工会議所記入欄

受付日	担当社印

申込書にご記入いただいた情報は、当プランのためのご連絡や商工会議所の会員確認に利用させていただきます。