

広南病院脳ドック申込書

フリガナ		生年月日	明治	年	月	日	男 女
氏名			大正 昭和	(歳))	
住所	〒 TEL - -						
「脳ドック」の検診を申し込みます。 平成 年 月 日 広南病院長 殿							

※当院脳ドックは、脳の健康診断の役割をはたしています。

当院に通院されている方は、お申し出て下さい。

- ・通院している ・していない (どちらかに○をつけて下さい)

検診
ご希望の日

月 日

検診日につきましては、恐れ入りますが、調整をさせて頂くようになる場合がありますので、あらかじめご了承下さい。

※駐車場利用 (どちらかに○をつけて下さい)

- する ○しない

仙台市太白区長町南四丁目20番1号

財団法人 広南会広南病院

TEL : 022-248-2131 (内線117)

受付年月日	
受付番号	