脳ドック・脳チェック申込書

氏名	フリガナ	性別
		男　・　女
生年月日	Ｔ・Ｓ・Ｈ　　年　　月　　日生（　　）歳	
自宅住所	〒	
	電話（　　）　　－	
勤務先名		
勤務先住所	〒	
	電話（　　）　　－	
連絡先	□自宅　　□携帯　　□勤務先	
	※平日（月～金）の日中に繋がる連絡先の記入をお願いします。	
希望健診	□脳ドックフルコース　　７０，０００円（税込） ・月・水・金（祝日除く）8：45～14：30	
	□脳チェック　　２２，０００円（税込） ・月～金（祝日除く）17：00～19：00 ・土（祝日除く）9：00～12：00	
健診希望日	第１希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日） 第２希望　令和　　年　　月　　日（　　曜日） ※申込日より２週間後以降の希望日をお書きください。予約状況によりご希望に添えない場合がございますので、ご了承ください。	
当院受診歴	□有　　□無　　□不明	
	↳いつ頃受診されましたか？（　　）	

※体内に心臓ペースメーカーなどの電子機器や、脳動脈クリップ・人工関節などの金属が埋め込まれている方、妊娠中またはその可能性がある方、閉所恐怖症の方は、検査を受けることができない場合があります。

【お申込み・お問合せ窓口】
一般財団法人　広南会　広南病院　脳ドック担当
〒９８２－８５２３　宮城県仙台市太白区長町南４丁目２０番１号
ＴＥＬ０２２－２４８－２１３１（平日１４：００～１６：30）
ＦＡＸ０２２－２４８－１９６６

必要事項をご記入の上、広南病院あてにＦＡＸか電話でお申込みください。確認後、脳ドック担当者から指定連絡先にご連絡いたします。