

人間ドックオプション検査 PET / CT ドック申込書

ふりがな	性 別	生 年 月 日	
氏 名	男 · 女	明 · 大 · 昭 · 平 年 月 日 生	
		身長 cm	体重 kg
〒 住所			
携帯 _____			
書類送付先(上記と同じ場合、記載不要)			
〒 住 所 連絡先名			
緊急連絡先(病院側よりご本人以外に至急連絡を取る必要があった場合のみ使用します)			
住 所 連絡先名			
検査希望日時 <u>第一希望</u> 月 日() 午前 · 午後	検査希望日時 <u>第二希望</u> 月 日() 午前 · 午後		

必要事項をご記入のうえ、下記までお申し込み下さい。

ご不明な点がございましたら、下記までお問合せ願います。

ご記入いただいた個人情報は、当院個人情報取扱規定に基づき、適正に管理されます。

なお、当院診察券をお持ちの方は、お申込み時にその旨お伝え願います。

〒224-8503 神奈川県横浜市都筑区茅ヶ崎中央35-1

昭和医科大学横浜市北部病院 人間ドック受付

FAX 045-949-7271(24時間受付)

TEL 045-949-7165(8:30 ~ 17:00 土曜は 13:00迄)