

| | | | | | |
|------|-----|----|----|------|---|
| 常務理事 | 事務長 | 部長 | 課長 | 課長代理 | 係 |
| | | | | | |

P E T 検 査 利 用 申 込 書

| | | | | | | |
|---------------------------|--|----------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-------|
| フリガナ | | | | 生年月日 | 年齢 | 性別 |
| 氏名 | | | | (S ・ H) 年 月 日 | | 男 ・ 女 |
| 保険等 | 記号 | | 事業所名称 | | | |
| | 番号 | | 利用者区分 | 被保険者 ・ 被扶養者 | | |
| 住所 | 〒 ー | | | 電話番号 | () | |
| 希望コース ※いずれかを○で囲んでください。 | PET/CTがん検診 コース 【83,000円】 | PET/CTがん検診 脳コース 【145,000円】 | PET/CTがん検診 心臓コース 【135,000円】 | PET/CTがん検診 プレミアムコース 【165,000円】 | PET/CTもの忘れ 脳ドックコース 【115,000円】 | |
| 希望日 | ・第1希望 令和 年 月 日 () | | | ※決定日(近畿大学記入欄) | | |
| | ・第2希望 令和 年 月 日 () | | | ・令和 年 月 日 () | | |
| | ・第3希望 令和 年 月 日 () | | | ・来院 時 分 | | |
| 注意事項 | <p>①この申込書に必要事項を記入し、事業所を通じて郵送又はFAXにて健康保険組合へ提出してください。</p> <p>②後日、検査日程・費用等の検診に関する詳細について、高度先端総合医療センター(PET分子イメージング部)受付担当者から連絡があります。</p> <p>③医療に関するお問い合わせにつきましては、高度先端総合医療センター(PET分子イメージング部)受付まで連絡してください。</p> | | | | | |
| 検診機関 | <p>近畿大学 高度先端総合医療センター(PET分子イメージング部)</p> <p>〒589-8511 大阪府大阪狭山市大野東377-2</p> <p>受付 TEL 072-366-0221 (内線 2604、2605)</p> <p>FAX 072-366-3690</p> | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | |

健 保 受 付 印