

検診申込書

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男 / 女	大 / 昭 / 平	年	月 日
住所 連絡先	〒 - - - - - 電話 - - - - - 携帯 - - - - -				
希望コース	<input type="checkbox"/> プレミアムがん検診 <input type="checkbox"/> プレミアムレディースがん検診 <input type="checkbox"/> 総合がん検診 <input type="checkbox"/> 総合レディースがん検診 <input type="checkbox"/> 基本がん検診 <input type="checkbox"/> 基本がん検診+シンプル脳ドック <input type="checkbox"/> 基本レディースがん検診 <input type="checkbox"/> PET-CT検診 <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 認知症予防脳ドック <input type="checkbox"/> 睡眠&疲労脳ドック <input type="checkbox"/> MIドック <input type="checkbox"/> レディースMIドック				
検診 希望日	第一希望	年	月	日	希望連絡先：電話 / 携帯 / 勤務先 つながりやすい時間帯 ()
	第二希望	年	月	日	
	第三希望	年	月	日	
事業所名			代表者名		
担当者名			TEL		
備考欄					

上記に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。
後日、医療機関より実施日時について、調整のご連絡をさせていただきます。

ご記入されました個人情報、商工会議所から各種連絡の為に使用するほか、
検査の実施、結果報告の為に利用いたします。

申込先

豊中商工会議所

FAX 06-6857-0474

TEL 06-6845-8002

検診実施医療機関
医療法人 仁泉会 MIクリニック

☎ 06-6840-0100

月～土 9:00～17:00
(日・祝 休み)

〒 560-0004
大阪府豊中市少路1丁目12-13
モノレール少路駅下車
(千里中央方面に徒歩約5分)

当院ホームページはこちら

