

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
保険証	記号		事業所名称			
	番号		利用者区分	被保険者 ・ 被扶養者		
住所	〒 -			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