申込日　　年　月　日

◆ PET－CTがん検診予約申込書 ◆

（個人・夫婦用）

ふりがな		連絡先	TEL（　　）　　－
名前	（性別） 男・女		携帯（　　）　　－
			FAX（　　）　　－
		希望コース	A　・　B　・　C
生年月日	T・S・H　年　月　日	希望日	いつでも良い
身長・体重	身長：　cm　体重：　kg		月　（上旬・中旬・下旬）但し（　　曜日を除く）
ふりがな		連絡先	TEL（　　）　　－
名前	（性別） 男・女		携帯（　　）　　－
			FAX（　　）　　－
		希望コース	A　・　B　・　C
生年月日	T・S・H　年　月　日	希望日	いつでも良い
身長・体重	身長：　cm　体重：　kg		月　（上旬・中旬・下旬）但し（　　曜日を除く）
ふりがな			
住所	（〒　　－　　） 都・府・県　　市・郡　　町・村		

1．ご希望のコースは、同封の「PET－CTがん検診のご案内」をご参照ください。

2．ご連絡先は、ご都合のよいご連絡方法を一つご記入ください。

3．お申込みは、同封の返信用封筒または電話・FAXでお願いします。

4．申込書が到着次第、「PET－CT検査日のご通知」により検査日のご連絡をいたします。

5．ご夫婦でお申し込み頂いた場合は、割引が適用になります。

なお、宿泊を希望される方は、下記のホテルよりお選びのうえ○印をお願いします。当方にて予約します。

・琴平グランドホテル桜の抄～花湯館～（琴平町）　・こんぴら温泉華の湯～本館～（琴平町）　・琴平琴参閣（琴平町） ・オークラホテル丸亀（丸亀市）　・ホテルレオマの森（丸亀市）
シングル　・　ツイン　　食事（有・無）

≪PET－CTがん検診予約先≫

お問い合わせ・
ご質問はお気軽に
ご連絡ください

香川県厚生農業協同組合連合会
滝宮総合病院
健診課
ドック専用
TEL：FAX 087－(876)－3225
電話受付時間／月～金[13:00～17:00]

尚、お答えいただいた「個人情報」につきまして適切に保護、管理いたします。