FAX 093(591)2586

PETがん健診　申込書

受診されるご本人様についてご記入ください　〔 申込日　　年　　月　　日 〕

フ リ ガ ナ	
氏　　名	
生 年 月 日	西暦　　年　　月　　日（　　歳）　男 ・ 女
ご 住 所	〒　　－
PETがん健診申込書が当センターへ到着後、予約の日時についてお電話をさし上げております。 日中繋がりやすいお電話番号をご記入ください。	
お電話番号	□ 自 宅（　　－　　－　　） □ 携 帯（　　－　　－　　） □ 勤務先（　　－　　－　　） 会社名〔　　〕

ご希望のコースおよびご希望日について

受診コース	□ A（基本）コース　□ B（標準）コース　□ J（総合）コース □ K（総合PLUS）コース…□新小倉病院 □製鉄記念八幡病院 □北九州総合病院 ↑ 脳ドック実施医療機関をお選びください。
希 望 日	□ 早い時期であればいつでも構わない □ 受診日指定　第一希望　　月　　日（　　曜日） 第二希望　　月　　日（　　曜日） □ 曜日指定（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ） ＊休診日　日曜・祝日／第2・4 土曜日／お盆／年末年始 他

確認事項（有無に☑をお願いいたします）

糖 尿 病	□ 有　（空腹時血糖値：　　mg ／ dl）　□ 無
ペースメーカー	□ 有　（メーカー名：　　）　□ 無 →受診当日はペースメーカー手帳をお持ちください。

ご紹介者名	
そ の 他	

■ PETがん健診申込書は①FAXまたは②郵送にてお送りください。
■ 2名以上の受診の場合はPETがん健診申込書をコピーしてお使いください。
■ 妊娠中の方、妊娠の可能性のある方、授乳中の方はご連絡をお願いいたします。
■ 検査日のキャンセル・変更は必ず受診日の10日前までにお願いします。キャンセル・変更の場合、キャンセル料をいただく場合がございます。

※取得しました個人情報は目的以外において使用することは一切ございません。また、個人情報の取扱いには十分な注意を払い、適切な管理をいたします。

一般財団法人西日本産業衛生会 北九州PET健診センター
〒803-0812 北九州市小倉北区室町3-1-2
TEL 093(591)2503　FAX 093(591)2586

2023.4