

## PET 健診受診申込書

加入法人会名	法人会		
会社名		TEL	
会社所在地	〒	Mail (※1)	
フリガナ			
受診申込者名		TEL	
生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別 男・女
住所	〒	Mail (※1)	

※1 記載いただいた Mail に、健康づくり等にお役立ていただける情報をお送りいたします。

今般、私は法人会と福井県済生会病院において締結した

「PET 健診」制度に基づき下記内容で受診の申し込みをいたします。

受診を希望するコースの申込欄に○印と受診希望日をご記入ください。

申込	コース名	受診料(円) 通常価格 (税込) → 優待価格 (5%OFF)	受診希望日	
			第1希望	第2希望
	① <input checked="" type="checkbox"/> お通い 3日なでしこ PET-CT がんプレミアムコース	男性 352,000円 → 334,400円 女性 361,900円 → 343,805円		
	② <input checked="" type="checkbox"/> お通い 2日なでしこ精査コース +PET がんドック	男性 248,600円 → 236,170円 女性 251,900円 → 239,305円		
	③ PET-CT がんドック	155,430円 → 147,658円		
	④ 胃内視鏡 + PET-CT コース	99,000円 → 94,050円		
	⑤ 脳ドック + 胃内視鏡 + PET-CT コース	148,500円 → 141,075円		
	⑥ PET-CT 検査単独	90,200円 → 85,690円		

※ 本紙申込書は FAX にてお送りください。

※ 消費税率改定後の料金にかかる消費税等につきましては、改定後の税率で計算いたします。

【お申込・お問合せ先】 福井県済生会病院 健診センター  
〒918-8503 福井市和田中町舟橋 7-1  
Fax: 0776-28-8520

Tel: 0120-291-373(フリーダイヤル) 0776-28-8513(直通)

ご記入いただきました個人情報は、「福井県済生会病院 個人情報保護規定」に準拠し厳格に管理いたします。

(病院使用欄)

受付日	コース名	受診料(円)	予約登録日	受付担当者