

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	〒		
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	〒		

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 お通い 3日なでしこ PET-CT がんプレミアムコース	男性 357,940 円 → 340,043 円 女性 367,840 円 → 349,448 円		
	② お通い 2日なでしこ精査コ ース+PET がんドック	男性 253,220 円 → 240,559 円 女性 263,120 円 → 249,964 円		
	③ PET-CT がんドック	157,850 円 → 149,957 円		
	④ 胃内視鏡 + PET-CT コース	108,350 円 → 102,932 円		
	⑤ 脳ドック + 胃内視鏡 + PET-CT コース	159,500 円 → 151,525 円		
	⑥ PET-CT 検査単独	99,550 円 → 94,572 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 : 050-5526-1787(AI 電話)

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