PET-CT 単独コース　申込書

Fax：０８９－９９９－１１９５

（１）コースの料金（税込）

基本項目	基本料金	10%割引	20%割引	30%割引
PET-CT 検査のみ	88,000 円	79,200 円	70,400 円	61,600 円

（２）割引（併用可） 割引は基本料金に適用されます。追加項目には適用されません。

リピーター割引	10%	前回の受診日から２年以内にお申し込みされる場合
家 族 割 引	10%	ご家族で同時にお申し込みされる場合 （コース、受診日は別々でも可） **ご家族の氏名**(　　)
企 業 割 引	10%	当院との契約を交わした企業の社員　**企業名**(　　)

（３）追加項目の選択　希望の項目に〇印を入れてください。

〇印	項　目	料金(税込)
	① 血液検査	9,900 円
	② 胃がんリスク層別化検査	4,400 円
	③ 上部消化管内視鏡検査	15,400 円
	④ マンモグラフィ(女性のみ)	5,500 円

〇印	項　目	料金(税込)
	⑤ 骨密度検査	4,950 円
	⑥ 内臓脂肪量測定	2,200 円
	⑦ 当日結果説明	5,500 円

参考）これまでのコースと比較し、下記の（）内の項目が基本項目から追加項目になっています。
必要に応じて選択してください。
・2023 年度 単独Ⅰコース (⑥ ⑦)　・2023 年度 単独Ⅱコース (⑥)

（４）受診希望日　火～土曜の午前の受診になります(結果説明なしであれば月、木の午後も可)。内視鏡検査は第２・４土曜のみです(変更の場合あり)。（）内は曜日を記入してください。

第 1 希 望	第 2 希 望	第 3 希 望
年　月　日(　)	年　月　日(　)	年　月　日(　)

（５）お申し込み　受診される方の氏名や住所などをご記入ください。

私は、検診の内容を十分理解した上で受診を申し込みます。			申込日　年　月　日
〒	住所		
フリガナ	性別	生年月日　年　月　日生（　）歳	
氏名	男	日中連絡のつく電話番号 (　)　－	
印	女	当院受診歴　無・有　(診察券番号　)	

氏名を自署された場合、押印は不要です。性別は該当するものを〇で囲んでください。

書類等の送付先に別住所を希望される場合は予約センターにご連絡ください。