甲府商工会議所ＰＥＴ健診 受診申込書

本申込書に所定事項をご記入の上、ＦＡＸにてお申し込みください。
（ＦＡＸ：０５５－２３３－２１３１）

事業所名：

代表者名： ㊞

所在地：

ＴＥＬ： **ＦＡＸ：**

下記のとおりＰＥＴ健診の受診を申し込みます。

1	フリガナ		生年月日	性　別
	氏　名		大正　昭和　平成 年　月　日	男・女
	希望コース	□ベーシックコース　□スタンダードコース □ゴールドコース　□マンモコース　該当する項目に☑を入れてください		
	希　望　日	□早い時期であればいつでも構わない □健診日指定　第一希望　月　日 第二希望　月　日 第三希望　月　日　該当する項目に☑を入れてください		
2	フリガナ		生年月日	性　別
	氏　名		大正　昭和　平成 年　月　日	男・女
	希望コース	□ベーシックコース　□スタンダードコース □ゴールドコース　□マンモコース　該当する項目に☑を入れてください		
	希　望　日	□早い時期であればいつでも構わない □健診日指定　第一希望　月　日 第二希望　月　日 第三希望　月　日　該当する項目に☑を入れてください		

※受診日は申込状況によりご希望に添いかねる場合もございます。あらかじめご了承ください。（なお、土曜日、日曜日、祝祭日はお休みとなります。）

会議所使用欄	
事業所コード	
受 付 日	年　月　日

問合先：甲府商工会議所 総務部 担当：水上
ＴＥＬ:０５５－２３３－２２４１

※本申込書にご記入いただいた情報につきましては、ＰＥＴ健診における本人確認及び委託契約医療機関である甲府脳神経外科病院との連絡のために利用する他、商工会議所からの各種情報提供に利用することがあります。