

FAX：072-464-7163

佐野記念病院 脳動脈瘤スクリーニング担当（地域連携室） 宛

脳動脈瘤/頸動脈狭窄スクリーニング 検査申込書

記入日 年 月 日

お申込されるご代表者様	フリガナ						
	氏名						
	事業所名 医療機関名						
	連絡のつく お電話番号						
	FAX 番号						
検査を受けられる方（何名でも可）	①	フリガナ				性別	男 ・ 女
		氏名					
		生年月日	年 月 日				
		住所					
		電話番号					
		検査内容	脳動脈瘤・頸動脈狭窄検査（MRI＋エコー）			¥11,000-（税込）	
		検査希望日時	第一希望	年 月 日	第二希望	年 月 日	
	②	フリガナ				性別	男 ・ 女
		氏名					
		生年月日	年 月 日				
		住所					
		電話番号					
		検査内容	脳動脈瘤・頸動脈狭窄検査（MRI＋エコー）			¥11,000-（税込）	
		検査希望日時	第一希望	年 月 日	第二希望	年 月 日	
	③	フリガナ				性別	男 ・ 女
		氏名					
		生年月日	年 月 日				
		住所					
		電話番号					
		検査内容	脳動脈瘤・頸動脈狭窄検査（MRI＋エコー）			¥11,000-（税込）	
		検査希望日時	第一希望	年 月 日	第二希望	年 月 日	

※4名以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。
※改めて、担当者より代表者様宛にご連絡を差し上げます。
※検査はおおむね、金曜日（12時以降）および土曜日（9時～）です。また、頸動脈エコーがある場合は原則金曜日です。検査希望日時は、ご希望に添えない場合がありますのでご了承ください。