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

+>	フリ	ガナ								
お申込される ご代表者様										
	氏名									
れる	事業									
るご代表		機関名のなく								
	連絡のつく お電話番号									
者様	FAX 番号									
<b>ፕ</b>	ΙΛΛ								I	
		フリガナ						孙 딘(	■	・女
		氏名						性別	<del>71</del>	· 女 
		生年月日		左	F	月		日		
	1	住所								
		電話番号								
		検査内容	脳動	脈瘤・頸動	脈狭窄核	全 全 MRI		¥1	1,000- (	税込)
検		検査希望日時	第一 希望	年	月	日	第二 希望		年 月	B
査		フリガナ								
検査を受けられる方		氏名						性別	男	・女
いられ		生年月日		左	 F	月		日		
る方	2	住所								
		電話番号								
名で		検査内容	脳動	脈瘤·頸動	脈狭窄核	美査 (MRI		¥1	1,000- (	税込)
(何名でも可)		検査希望日時	第一 希望	年	月	B	第二 希望		年 月	В
Ü	3	フリガナ								
		氏名						性別	男	・女
		生年月日		左	 F	月		日		
		住所								
		電話番号								
		検査内容		脈瘤・頸動	脈狭窄核	全 全 全 全 工 に は た は た に し に し に り に り に り に り に り に り に り に り		¥1	1,000- (	税込)
		検査希望日時	第一	年	月	日	第二		年 月	日

<sup>※4</sup>名以上の場合は、この用紙をコピーしてお使いください。

<sup>※</sup>改めて、担当者より代表者様宛にご連絡を差し上げます。

<sup>※</sup>検査はおおむね、水曜日および土曜日です。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。