連携施設・医療機関様用

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、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。