

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
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。