「内部被ばく検診」申込書

FAX申込専用

第一希望 受診日時 年 月 日 午前 ・午後 時 時 第二希望 受診日時 年 午前 ・午後 月 日 時 第三希望 受診日時 年 月 日 午前 • 午後

【対象者】 130cm以上の方はFASTSCANになります。

【検査場所】 公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科 予約FAX番号:0246-27-7121

【お願い】

検診日時 水・木曜日 10:00~11:30 ・ 13:00~16:30

ご希望の受診日時を記載してください。予約は申し込み順に行っておりますので、希望受診日時が 他の申込者と重複する場合は、希望時間より1時間前後してのご案内になる場合がございますが、ご了承ください。

- ※ご予約方法はFAXのみになりますのでご了承下さい。
- ※FAX送信日より2週間後のご予約日を指定して下さい。
- ※受診日が決定しましたらご案内を郵送させていただきます。
- ※希望日時に添えない場合は電話連絡いたします。

下記の電話番号の欄には **8:00~16:30の間に繋がりやすい番号** をご記入下さい。

受診希望者 ※ふりがな、身長、アパート名も必ずご記入下さい。

ふりがな 氏名	生年月日	年齢	性別	身長	電話番号 (自宅または携帯)	現住所(結果郵送先住所をご記入下さい)
						〒
						₹
						〒
企業申し込みの場合は こちらもご記入ください	企業名	, 			担当者名	電話番号