

1泊2日心臓ドック申込書（FAX用）

お名前	フリガナ	性別	男・女	生年月日	年 月 日
ご住所	〒 -				
お電話番号	ご自宅： ()	<div style="background-color: black; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 当院から予約確定等 のご連絡をいたします </div>			
	携 帯： ()				
ご希望コース	<input type="checkbox"/> Aコース： ¥35,000(税込) <input type="checkbox"/> Bコース： ¥30,000(税込) ※ホルター心電図なし				
オプション	<input type="checkbox"/> 脳波付き精密ポリソムノグラフィー(睡眠時無呼吸検査)： ¥15,000(税込) <input type="checkbox"/> 心肺運動負荷試験： ¥10,000(税込)				
ご希望日	※心臓ドックは土曜入院限定です ● 第一希望： 月 日 (土) ● 第二希望： 月 日 (土)				

◆ お申込み後、数日経過しても当院より連絡がない場合は、お手数ですが086-271-8101までご連絡ください。