

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	〒 ー				
お電話番号	ご自宅 : ()	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 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。