

検診予約申込書

※印は必須、□は該当項目にチェック (レ)

※申し込み日		月	日		
※申し込みコース	コース	※希望オプション名 (ある場合は名称を記入)	□あり □なし		
※フリガナ				※生年月日	T・S・H 年 月 日
※受診される方のお名前				※性別	□男 ・ □女
※事業所名				※体重	Kg
※資料送付先住所	□自宅 〒 □会社				
※電話番号	□自宅 □会社				
FAX番号	□自宅 □会社				
携帯番号					
※受診日第1希望	月	日 [曜日]	※受診日第2希望	月	日 [曜日]
お支払方法	□銀行振込 (振込先は後日連絡いたします) □現金支払い (検査当日、受付時に窓口でお支払いください) □クレジットカード (検査当日、受付時に窓口でお支払いください)				
ご質問・ご要望など					

※記入した個人情報については、受診結果の送付など、本事業運営のために検診機関に提供します。必ず、受診される方が同意の上、お申し込みください。

【検診の流れ】

1. 申込書を法人会にFAXしていただきます。希望日の3週間前を目安にお送りください。
2. 法人会より、検診機関へ受付の連絡をさせていただきます。
3. 日程の調整など確認のため、検診機関担当者より直接電話連絡が入ります。
4. お支払いは検診機関に直接お願いします。
5. 検診終了後、3週間ほどで検診結果をお届けします。
6. 希望される方には、後日、医師より結果説明を行います。
(予約制: 直接検診機関に予約してください)

〈アクセス〉

- 地下鉄** → 仙台市営地下鉄「五橋駅」
下車、南1番出口より、道路
向い側すぐ。
- J R** → J R 仙台駅西口より五橋
方面へ徒歩約15分。
- 車** → 専用駐車場を用意して
おります。
満車の場合はお近くの有
料駐車場をご利用ください。



検診内容に関するお問い合わせ・パンフレットのご請求は 仙台画像検診クリニックまで