

公益社団法人 玉島法人会 会員様専用 検診 FAX 申込書

☆皆様に検診をご受診いただくため、特別割引料金のコースを用意いたしました。
ぜひ受診をご検討ください。

ご希望のコースにチェックを入れてFAX送信ください。

【FAX 番号】 (086) 234-5633

※番号のお間違いのないよう、ご送信前に番号確認をお願い致します。

ベーシックコース 通常料金 ¥112,500 ⇒ 特別料金 **¥106,600**
(PET/CTがん検診、CT肺がん検診、血液・検体(腫瘍マーカー、検尿・検便含む)、医師からの「結果説明」+「検査画像(CD-R)」)

エグゼクティブコース 通常料金 ¥167,000 ⇒ 特別料金 **¥157,800**
(上記ベーシックコースの内容 + MRI腹部がん検診、MRI骨盤部がん検診、CTメタボリック検診)

※上記両コースとも、検尿/検便検査を実施しない場合は各400円引きの料金でのご案内となります。

オプションメニュー

- MRI/MRA脳検診+MRA頸部検診…通常料金 ¥35,500 ⇒ 特別料金 **¥33,000**
 MRI腹部がん検診…通常料金 ¥25,000 ⇒ 特別料金 **¥23,500**
 MRI骨盤部がん検診…通常料金 ¥25,000 ⇒ 特別料金 **¥23,500**

| | | | | | | | |
|--------|-----------------|---|---|--------|-----|---|---|
| ふりがな | | | | 性別 | 男・女 | | |
| お名前 | | | | | | | |
| 生年月日 | T・S・H | 年 | 月 | 日 | 年齢 | 才 | |
| ご住所 | 〒 _____ | | | | | | |
| ご連絡先 | (_____) _____ | | | | | | |
| 検診ご希望日 | 【第一希望】 | | | 【第二希望】 | | | |
| | 平成 | 年 | 月 | 日 | 平成 | 年 | 月 |

この申込書により取得した情報は、ご依頼を受けた要望等の対応にのみ使用し、ご利用の同意なく第三者に提供されることはありません。



医療法人 岡山画像診断センター

〒700-0913 岡山市北区大供2-3-25

Tel : 086-235-2511 Fax : 086-234-5633

(電話受付時間) 平日 8:30 ~ 18:30

土曜 9:00 ~ 14:00 (日曜・祝日は休診日となっております)

<http://www.okayama-dic.or.jp>