

聖麗メモリアル病院 脳ドックセンター
FAX 0294-52-8501 へご送信ください

脳ドックお申し込み書

この度は、当院の脳ドックをお申し込み頂き、ありがとうございます。
脳ドックの検査を受けられるにあたって、下記項目をすべてご記入の上、ご返信ください。

(フリガナ)
受診者氏名 _____ 男 ・ 女

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 歳

(フリガナ)
住 所 〒 _____

電話番号 _____

(フリガナ)
勤 務 先 〒 _____

電話番号 _____

- Q1. 以前、当院を受診されたことはありますか？ はい ・ いいえ
[はい]と答えた方にお聞きします。それはいつ頃ですか？
(_____)
- Q2. 以前、当院で「脳ドック」を受けられたことはありますか？ はい ・ いいえ
[はい]と答えた方にお聞きします。それはいつ頃ですか？
(_____)
- Q3. 受診日時のご希望、その他ご質問などありましたら、ご記入ください。
[_____]

こちらのFAXを受付後、担当者より予約日時や注意事項についてご連絡いたします。
(受付時間、月～土 9:00～17:00 日・祭日はお休みとなります)

聖麗メモリアル病院 脳ドックセンター
〒319-1235 茨城県日立市茂宮町841番地
(TEL) 0294-52-8531 (直通)



FAX 0294 - 52 - 8501 (直通)