

脳ドック申込フォーム

※FAXにて申込フォーム受信後、当院から詳細確認のためにお電話いたします。  
この詳細確認をもちまして予約完了となります。

FAX送信の段階では予約確定ではございませんのでご了承ください。

FAX番号：047（309）4180

【太枠内をご記入ください】

		送信日 年 月 日	
フリガナ		生年月日	( 歳)
氏名		明・大・昭・平	年 月 日
診察券番号 ( ) ※当院の診察券をお持ちの方はご記入ください。		電話 (自宅・呼出・携帯)	( )
現住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都 道 区	府 県 市 郡
予約希望日時 (ご希望の時間帯に○をつけてください。)		検査適応外項目チェック	
1. 平日 (月) ~ (金) 9:00~11:30 2. 平日 (月) ~ (金) 14:30~17:00 3. 土曜日 9:00~11:30 4. 日時指定 月 日 ( ) :		以下がある場合は検査が受けられません。 ・ペースメーカー なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ・除細動器 なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ・人工内耳 なし <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/>	
		お電話でのご連絡が可能な時間を、下記の枠にご記入ください。 (平日9:00~17:00、土曜9:00~12:00の時間帯)	
		【ご連絡可能時間】	

お申込みありがとうございます。送信日の翌日までにお電話にてご連絡いたします。  
(土曜午後・日・祝日にお申込みの場合は、月曜日にご連絡いたします。)

ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡ください。  
新松戸中央総合病院 地域医療連携室 TEL：047-309-4186