

※申込期限 令和8年8月5日(水)

受付  
番号

# PETがん検診 予約申込書

中島村保健福祉課

申込日 令和8年 月 日

|        |   |            |   |
|--------|---|------------|---|
| 保険別    | <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 | ※1<br>ご連絡先 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 会社 |
|        | ※1日中連絡がとれるところにチェックしてください。                               |            |   |
| お名前    | フリガナ<br>-----<br>〒                                      | 性別         | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                               |
| ご住所    | フリガナ<br>-----<br>〒 中島村大字 字                              |            |   |
| 生年月日   | 昭和 年 月 日  | 年齢         | 歳   |
| 電話番号   |   | FAX        |   |
| 携帯番号   |   |            |   |
| 勤務先名   | フリガナ<br>-----   |            |   |
| 勤務先住所  | フリガナ<br>-----<br>〒                                      |            |   |
| 勤務先Tel |   | FAX        |   |

|            |  |   |
|------------|--|---|
| 予 約<br>コース | 脳神経疾患研究所 (月～土曜日実施)   | 白河厚生総合病院(月～金曜日実施)   |
|            | 令和8年10月1日～令和9年1月31日<br>(※日、祝日、年末年始は休み)                                 | 令和8年10月1日～令和9年1月31日<br>(※土、日、祝日、年末年始は休み)                                    |
|            | <input type="checkbox"/> 1 充実コース<br><input type="checkbox"/> 2 すこやかコース | <input type="checkbox"/> 3 スタンダードコース<br><input type="checkbox"/> 4 ベーシックコース |

希望日は、実施期間の中から選んでください。希望に添えない場合がありますご了承ください。

|       |          |       |          |
|-------|----------|-------|----------|
| 第1希望日 | 令和 年 月 日 | 第2希望日 | 令和 年 月 日 |
|-------|----------|-------|----------|

|            |   |
|------------|---|
| ※2 当院受診歴   | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |
| ※3 PET管理番号 |   |

|    |   |
|----|---|
| 身長 | cm  |
| 体重 | kg  |
| 糖尿 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※2 PETがん検診を希望する医療機関を過去に受診したことがある方は有をチェックしてください。