

※申込期限 令和7年8月5日(火)

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7年 月 日

保険別	☐ 国保 ☐ 社保	※1 ご連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 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	性 別	☐ 男 ☐ 女
ご住所	フリガナ		
	〒 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		
勤務先住所	フリガナ		
	〒		
勤務先Tel		FAX	

予 約 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7年10月1日～令和8年1月31日 （※日、祝日、年末年始は休み）	令和7年10月1日～令和8年1月31日 （※土、日、祝日、年末年始は休み）
	☐ 1 充実コース ☐ 2 すこやかコース	☐ 3 スタンダードコース ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	身 長	cm
※3PET管理番号		体 重	kg
		糖 尿	☐ 有 ☐ 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。

※3 PETがん検診を希望する医療機関で過去にPET検診をうけた方で番号がわかる方は記入してください。

※申込期限 令和7年8月5日(火)

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7年 月 日

保険別	☐ 国保 ☐ 社保	※1 ご連絡先	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 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	性 別	☐ 男 ☐ 女
ご住所	フリガナ		
	〒 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		
勤務先住所	フリガナ		
	〒		
勤務先Tel		FAX	

予 約 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7年10月1日～令和8年1月31日 （※日、祝日、年末年始は休み）	令和7年10月1日～令和8年1月31日 （※土、日、祝日、年末年始は休み）
	☐ 1 充実コース ☐ 2 すこやかコース	☐ 3 スタンダードコース ☐ 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	☐ 有 ☐ 無	身 長	cm
※3PET管理番号		体 重	kg
		糖 尿	☐ 有 ☐ 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。

※3 PETがん検診を希望する医療機関で過去にPET検診をうけた方で番号がわかる方は記入してください。