

岡山東部脳神経外科病院 脳ドック申込書

ふりがな	
御氏名	
性別	男性 女性
生年月日	年 月 日 (歳)
ご住所	〒
お電話番号	() ー
当院への受診歴	有り 無し
ご希望の病院	岡山東部脳神経外科病院
受診コース	<input type="checkbox"/> Aコース 22,000円 <input type="checkbox"/> Bコース 33,000円 <input type="checkbox"/> Cコース 55,000円 <input type="checkbox"/> Sコース(土曜午前中のみ) 88,000円 <input type="checkbox"/> 運転者コース 40,000円
オプション	<input type="checkbox"/> AI認知症リスク検査(50歳以上) 9,350円
ご希望日時	年 月 日 A.M . P.M

※全て税込み金額です。

※お申込みの段階で御予約は確定しません。追って担当者が連絡致します。

※当院記入欄(次の欄は記入しないで下さい。)

受付日	年 月 日 担当
受信日	年 月 日 ()