

検診申込書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男 / 女	大 / 昭 / 平 年 月 日
住 所 連絡先	〒 電話 携帯		
希望コース	☐ プレミアムがん検診 ☐ プレミアムレディースがん検診 ☐ 総合がん検診 ☐ 総合レディースがん検診 ☐ 基本がん検診 ☐ 基本がん検診+シンプル脳ドック ☐ 基本レディースがん検診 ☐ PET-CT検診 ☐ 脳ドック ☐ 認知症予防脳ドック ☐ 睡眠&疲労脳ドック ☐ MIドック ☐ レディースMIドック		
検 診 希望日	第一希望 年 月 日 第二希望 年 月 日 第三希望 年 月 日	希望連絡先： 電話 / 携帯 / 勤務先 つながりやすい時間帯 ()	
事業所名		代表者名	
担当者名		電話番号 (勤務先)	
備考欄			

日曜日はこちらの日程で開院しております！ ➡ 7月27日,9月7日,11月30日

上記に必要事項をご記入の上、FAXにてお申込みください。
後日、医療機関より実施日時について、調整のご連絡をさせていただきます。

ご記入されました個人情報、商工会議所から各種連絡の為に使用するほか、
検査の実施、結果報告の為に利用いたします。

申込先

箕面商工会議所

FAX 072-721-1305

TEL 072-721-1300



検診実施医療機関
医療法人 仁泉会 M I クリニック

 06-6840-0100

月～土 9:00～17:00
(日・祝 休み)

T 560-0004

大阪府豊中市少路1丁目12-13
モノレール少路駅下車
(千里中央方面に徒歩約5分)

当院ホームページ

