

「内部被ばく検診」申込書

FAX申込専用

第一希望 受診日時	年	月	日	午前	・	午後	時
第二希望 受診日時	年	月	日	午前	・	午後	時
第三希望 受診日時	年	月	日	午前	・	午後	時

【対象者】 生後7ヶ月～ ※検査機器は身長が130cm未満の方はBabyScan、130cm以上の方はFASTSCANになります。

【検査場所】 公益財団法人ときわ会 いわき泌尿器科

※予約は常磐病院で受け付けておりますので、FAX申込用紙は常磐病院に送信して下さい。 **予約FAX番号:0246-43-4191**

【お願い】

検診日時	水・木曜日	10:00～11:30	・	13:00～16:30
------	-------	-------------	---	-------------

ご希望の受診日時を記載してください。予約は申し込み順に行っておりますので、希望受診日時が他の申込者と重複する場合は、希望時間より1時間前後してのご案内になる場合がございますが、ご了承ください。

※ご予約方法はFAXのみになりますのでご了承ください。

※FAX送信日より2週間後のご予約日を指定して下さい。

※受診日が決定しましたらご案内を郵送させていただきます。

※希望日時に添えない場合は電話連絡いたします。

下記の電話番号の欄には **8:00～16:30の間に繋がりやすい番号** をご記入下さい。

受診希望者 ※ふりがな、身長、アパート名も必ずご記入下さい。

ふりがな 氏名	生年月日	年齢	性別	身長	電話番号 (自宅または携帯)	現住所 (結果郵送先住所をご記入下さい)
						〒
						〒
						〒