



# 脳健診の参加申込書

★希望するところに☑を付けて下さい。

●定員は、**先着 12 名となります**。応募多数の場合、ご希望に沿えない場合があるかもしれません。その節は、何卒ご容赦賜りますようお願い申し上げます。（複数参加の場合、コピーしてご使用願います。）  
なお、個人で別の日程で受診も可能ですので、事務局迄ご連絡願います。



## ★10月26日（火）参加

（下記の1か2のどちらかを選択願います。）

いずれも税込価格です。

どちらか選択

- 1、脳健診 **血管撮影付コース**  
検査料 18,700 円
- 2、脳健診 **脳断層撮影コース**  
検査料 14,300 円

オプションを希望する方は、下記にもチェックをお願いします。

- オプション **頸動脈エコー検査**  
検査料 3,300 円

①検査料金額 左記選択コースの金額

1、か2、の金額 \_\_\_\_\_ 円

オプション \_\_\_\_\_ 円

②参加負担金額（下記のAかB） \_\_\_\_\_ 円

- A●マイクロバス利用・昼食保険有 2,500 円
- B●自家用車利用の場合・昼食無・保険無) 0 円

◆合計金額 \_\_\_\_\_ 円

**上記の合計金額を、参加当日ご持参下さるようお願い致します。**

①検査料の領収書は、仙台星陵クリニックより、②参加負担金の領収書は法人会より当日発行致します。

10月26日

事業所 〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

事業所名 \_\_\_\_\_

参加者名 \_\_\_\_\_

事業所TEL \_\_\_\_\_ 事業所FAX \_\_\_\_\_

長井法人会のFAX番号は、 **88-3823** です。