



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、どちらも先着 20 名となります。応募多数の場合、ご希望に添えない場合があるかもしれません。その節は、何卒ご容赦を下さるようお願い申し上げます。(複数参加の場合、コピーしてご使用下さい。)

<input type="checkbox"/> 6月17日(火)参加 (1か2のいずれかを選択して下さい。)	<input type="checkbox"/> 11月15日(土)参加 (1か2のいずれかを選択して下さい。)
<input type="checkbox"/> 1、脳健診 血管撮影付コース 検査料 18,360 円	<input type="checkbox"/> 1、脳健診 血管撮影付コース 検査料 18,360 円
<input type="checkbox"/> 2、脳健診 脳断層撮影コース 検査料 14,040 円	<input type="checkbox"/> 2、脳健診 脳断層撮影コース 検査料 14,040 円
<input type="checkbox"/> オプション 頸動脈エコー検査 検査料 3,240 円	<input type="checkbox"/> オプション 頸動脈エコー検査 検査料 3,240 円
①検査料金額 円	①検査料金額 円
オプション 円	オプション 円
②参加負担金額 2,500 円	②参加負担金額 2,500 円
◆合計金額 円	◆合計金額 円

上記の合計金額は、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。

春

住 所 _____

事業所名 _____

参加者名 _____

TEL _____ FAX _____

秋

住 所 _____

事業所名 _____

参加者名 _____

TEL _____ FAX _____

長井法人会のFAX番号は、**88-3823** です。