

水戸商工会議所 会員サービス課行
FAX: 029-231-0160

脳ドック申込書

下記項目を全てご記入の上、送信してください。

【検査希望施設】 下記のいずれかに✓をして送信して下さい。

- 聖麗メモリアル病院 脳ドックセンター 住所：日立市茂宮町841番地 TEL 0294-52-8531(センター直通)
- 聖麗メモリアル ひたちなか 住所：ひたちなか市馬渡2835-2 TEL 029-219-8400
- 水戸ブレインハートセンター 住所：水戸市青柳町4028番地 TEL 029-222-7007
- 脳神経外科 ブレインピアひたちなか 住所：ひたちなか市馬渡541-1 TEL 029-219-7702
- 脳神経外科 ブレインピア桜ヶ丘 住所：東茨城郡茨城町奥谷1076 TEL029-292-1251

年 月 日

事業所名	電話番号
	F A X
住所	(〒)

(フリガナ) 受診者氏名	-----		性別	生年月日	
			男・女	年 月 日生	
受診者住所	(〒)		電話番号 ※連絡がつく電話番号(携帯など)、時間をご記入ください		
			() 時頃 (17:00 まで)		
聖麗メモリアル病院 聖麗メモリアル ひたちなか をご希望の方	オプション検査 無 A B	受診希望曜日 曜日	水戸ブレインハート ブレインピアひたちなか ブレインピア桜ヶ丘 をご希望の方	検査コース 脳ドック A B C	受診希望曜日 曜日

(フリガナ) 受診者氏名	-----		性別	生年月日	
			男・女	年 月 日生	
受診者住所	(〒)		電話番号 ※連絡がつく電話番号(携帯など)、時間をご記入ください		
			() 時頃 (17:00 まで)		
聖麗メモリアル病院 聖麗メモリアル ひたちなか をご希望の方	オプション検査 無 A B	受診希望曜日 曜日	水戸ブレインハート ブレインピアひたちなか ブレインピア桜ヶ丘 をご希望の方	検査コース 脳ドック A B C	受診希望曜日 曜日

◎受診日の1週間前までに問診票、注意事項等の書類をご自宅へ郵送しますので、問診票に記入して当日お持ちください。

◎検査結果は、受診してから約2週間後に書面にてご自宅へ郵送いたします。結果に異常があった場合は、必ず受診してください。

※申込書にご記入頂いた個人情報につきましては、検診に係る受診者の確認、各提携医療機関への通知並びに受診者名簿の作成、各種連絡、情報提供のために利用させていただきます。