

[基本脳ドック申込書]

ご記入日： 年 月 日

受 診 者	フリガナ					
	氏名			性別	男・女	
	生年月日	大正 昭和 平成	年	月	日	(満 歳)
	自宅住所	(〒 -) 都道市 府県郡				
	電話番号	() -				
	連絡先 (携帯電話等)	() -				
	申し込み コース	基本脳ドックコース			25,000 円 (税別)	
	オ プ シ ヨ ン	認知症検査 (初回)		15,000 円 (税別)		
		認知症検査 (2回目以降)		10,000 円 (税別)		
		頰椎検査		5,000 円 (税別)		
		腰椎検査		5,000 円 (税別)		
		胸椎検査		5,000 円 (税別)		
		内科基本		5,000 円 (税別)		

医療法人財団 県南病院