

公益社団法人 岡山西法人会 会員様専用 検診 FAX 申込書

☆皆様に検診をご受診いただくため、特別割引料金のコースを用意いたしました。
ぜひ受診をご検討ください。

ご希望のコースにチェックを入れてFAX送信ください。

【FAX 番号】 (086) 234-5633

※番号のお間違いのないよう、ご送信前に番号確認をお願い致します。

ベーシックコース 通常料金 ¥112,500 ⇒ **特別料金** **¥106,600**
(PET/CTがん検診、CT肺がん検診、血液・検体(腫瘍マーカー、検尿・検便含む)、医師からの「結果説明」+「検査画像(CD-R)」)

エグゼクティブコース 通常料金 ¥167,000 ⇒ **特別料金** **¥157,800**
(上記ベーシックコースの内容 + MRI腹部がん検診、MRI骨盤部がん検診、CTメタボリック検診)

※上記両コースとも、検尿/検便検査を実施しない場合は各400円引きの料金でのご案内となります。

オプションメニュー

- MRI/MRA脳検診+MRA頸部検診…通常料金 ¥25,000 ⇒ **特別料金** **¥23,500**
- MRI腹部がん検診…通常料金 ¥25,000 ⇒ **特別料金** **¥23,500**
- MRI骨盤部がん検診…通常料金 ¥25,000 ⇒ **特別料金** **¥23,500**

ふりがな				性別	男・女
お名前					
生年月日	T・S・H	年	月	日	年齢
ご住所	〒 _____				
ご連絡先	(_____) _____				
検診ご希望日	【第一希望】			【第二希望】	
	令和	年	月	日	令和

この申込書により取得した情報は、ご依頼を受けた要望等の対応にのみ使用し、ご利用の同意なく第三者に提供されることはありません。



医療法人 岡山画像診断センター

〒700-0913 岡山市北区大供2-3-25

Tel : 086-235-2511 Fax : 086-234-5633

(電話受付時間) 平日 8:30 ~ 18:30

土曜 9:00 ~ 14:00 (日曜・祝日は休診日となっております)

<http://www.okayama-dic.or.jp>