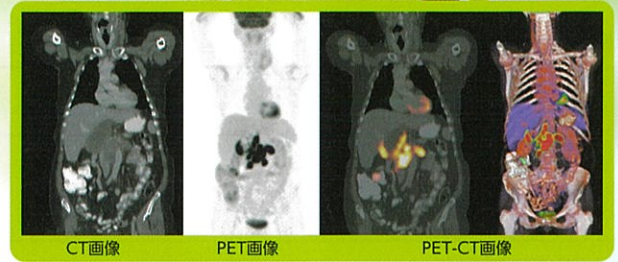


大切な人、自分自身のために PET-CTがん検診のご案内

豊橋商工会議所では、福利厚生サービスの一環として、医療機関と提携し、がんの早期発見に有効な高度先端医療「PET-CTがん検診」を会員特別価格にて提供いたします。経営者(ご家族含む)および従業員の健康は、企業経営そのものに大きな影響を与えます。この機会に是非ともご活用ください。

「PET」とは、Positron Emission Tomography(陽電子放射断層撮影法)の略語で、放射線を出す薬剤を投与して、薬剤が臓器に集まる様子を撮影する最先端の画像診断装置です。



検診コース (検査項目・料金)

医療機関	成田記念病院	
	PET-CT単体コース	PET-CT+腫瘍マーカーコース
コース名		
	検査項目・料金	
PET-CT(頭頂から大腿部)	●	●
CT(眼窩から骨盤下)		
血液検査		●
便潜血検査		腫瘍マーカー男性7種、女性8種
医師面談による説明	有 (検査後2週間後以降)	有 (検査後2週間後以降)
検査結果	医師面談又は郵送 (画像CD、報告書)	医師面談又は郵送 (画像CD、報告書)
検査所要時間	3時間	3時間
検査開始時間	午前8時30分～	午前8時30分～
検査枠	最高1日6件	最高1日6件
料金(税込)	100,000円 ↓ 会員特別価格 80,000円	120,000円 ↓ 会員特別価格 100,000円

申込方法

裏面の申込書兼会員証明書に必要事項をご記入の上、当所までFAXにてお申込み下さい。
当所にて会員番号を確認後、実施医療機関より受診日時についてのご連絡をさせていただきます。



豊橋商工会議所 会員サービス課

〒440-8508 豊橋市花田町字石塚42-1 TEL: 0532-53-7211

FAX: 0532-53-7210

豊橋商工会議所 福利厚生サービス事業
「PET-CTがん検診」申込書兼会員証明書

申込日： 年 月 日

豊橋商工会議所 御中 (FAX: 0532-53-7210)

私は、豊橋商工会議所福利厚生サービス事業「PET-CTがん検診」を受診したいので、必要事項を記入の上、申し込みます。

■申込者記入欄

事業所名				代表者名			
所在地	〒 -						
電話番号				FAX番号			
フリガナ				性別	生年月日		
受診者氏名				男・女	昭和・平成	年 月 日	
受診者住所	〒 -						
受診者連絡先	自宅 () -			携帯 () -			
希望コース (いずれかに☑を入れて下さい)	<input type="checkbox"/> PET-CT単体コース【実施医療機関：成田記念病院 健康管理センター】						
	<input type="checkbox"/> PET-CT+腫瘍マーカーコース【実施医療機関：成田記念病院 健康管理センター】						
受診希望日 ※注1	第1希望	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	【受診確定日時】 ※注2 年 月 日 AM・PM 時 分
	第2希望	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	
	第3希望	年	月	日	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後	

※注1 受診日は、ご希望の日に添えない場合がありますので予めご了承下さい。尚、土・日・祝日を除きます。

※注2 太枠内は、実施医療機関にて記入しますので、記入しないで下さい。

申込書に必要事項をご記入の上、当所までFAXにてお申込み下さい。

当所にて会員番号を確認後、実施医療機関より受診日時についてのご連絡をさせていただきます。

なお、ご記入いただきました情報は、「PET-CTがん検診」の諸手続きのほか、当所および実施医療機関からの各種連絡・情報提供のために利用いたします。

■会議所記入欄

会 員 証 明 書

年 月 日

実施医療機関 御中

上記事業所は、豊橋商工会議所の会員事業所であることを証明いたします。

会員番号 _____

豊橋商工会議所

