

マンモグラフィーセンター 申込フォーム

※FAXにて申込フォーム受信後、当院から詳細確認のためにお電話いたします。
お電話での詳細確認をもちまして予約完了となります。

FAX送信の段階では予約確定ではございませんのでご了承ください。

FAX番号：047（309）4180

		送信日 年 月 日	
フリガナ		生年月日	(歳)
氏名		明・大・昭・平	年 月 日
診察券番号 () ※当院の診察券をお持ちの方はご記入ください。		電話 (自宅・携帯) ()	
現住所 〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道 府県	区 市郡	
希望時間帯に○をつけてください。		検査内容希望 (ご希望の検査項目に○をつけてください。)	
10月20日 (日) 午前 ・ 午後 ご希望がある方は、以下ご記入下さい。 []		1. マンモグラフィー(2方向+3D)+乳腺超音波(エコー) 【¥8,800(税込)】 2. マンモグラフィー(2方向+3D) 【¥6,600(税込)】 3. 乳腺超音波(エコー) 【¥4,400(税込)】	
こちらのQRコードからも かんたん受付可能！！			
		お電話でのご連絡が可能な時間を下記に○にご記入ください。 (平日9:00~17:00、土曜9:00~12:00の時間帯) 【ご連絡可能時間】	

お申込みありがとうございます。送信後、営業日2日以内にお電話にてご連絡いたします。

ご不明な点等ございましたら、下記までご連絡ください。
新松戸中央総合病院 健診科 TEL：047-345-1111 (代表)