

お申込方法 病院またはコースに○をご記入ください。(お支払いは商工会議所へお願いします。)

脳ドック	☐ 中村記念病院 ☐ 斗南病院 ☐ 札幌麻生脳神経外科病院 ☐ LSI 札幌クリニック (※オプション検査 有・無) ☐ 札幌禎心会病院 ☐ 札幌東徳洲会病院 ☐ 禎心会さっぽろ北口クリニック ☐ かしわば記念クリニック		☐ 脳神経外科ふくおかクリニック ☐ 札幌美しが丘脳神経外科病院 ☐ 手稲脳神経外科クリニック ☐ 川沿脳神経外科クリニック ☐ 北海道脳神経外科記念病院 ☐ 札幌孝仁会記念病院 ☐ ことに・メディカル・サポート・クリニック	
	LSI 札幌クリニック ☐ PET がん検診 ☐ PET ベーシックコース ☐ PET エグゼクティブコース ☐ PET ロイヤルコース		☐ 札幌東徳洲会病院 ☐ 札幌孝仁会記念病院	
膵臓がんドック	☐ 札幌東徳洲会病院	☐ 静和記念病院	札幌孝仁会記念病院 ☐ 肝胆膵がん検診基本コース ☐ 肝胆膵がん検診充実コース	
乳がん・子宮がんドック	☐ 船員保険北海道健康管理センター 静和記念病院 ☐ Aコース ☐ Bコース		禎心会さっぽろ北口クリニック 乳がんドック ☐ Aコース ☐ Bコース ☐ Cコース 子宮がんドック ☐ Aコース ☐ Bコース ☐ 内診のない婦人科MRIドック ☐ ことに・メディカル・サポート・クリニック	
消化器ドック	☐ 静和記念病院			
健康診断	☐ 船員保険北海道健康管理センター ☐ ことに・メディカル・サポート・クリニック			
人間ドック	☐ 船員保険北海道健康管理センター ☐ 静和記念病院 ことに・メディカル・サポート・クリニック ☐ スタンダードドック ☐ プレミアムドック ☐ がんドック(男性) ☐ がんドック(女性)			
在宅血液ドック	☐ 生活習慣病・糖尿病セルフチェック ☐ 胃がんリスク層別化検査(ABC分類) ☐ がんリスクチェッカー			
在宅尿検査ドック	☐ スタンダードプラン ☐ シニアスタンダードプラン ☐ シニアライトプラン ※血液・尿検査とともに検査キットを郵送します			

会社名:

住 所:

申込担当者名:

メールアドレス:

TEL:

FAX:

受診者名簿 (受診者が6名以上いる場合は本用紙をコピーしてお使いください)

フリガナ 受診者名	まごころ共済	住 所	TEL	性別	生年月日	病院への連絡
	加入済・未加入 加入希望	〒		男・女	大・昭・平 年 月 日	申込済・未申込 受診日(月 日)
	加入済・未加入 加入希望	〒		男・女	大・昭・平 年 月 日	申込済・未申込 受診日(月 日)
	加入済・未加入 加入希望	〒		男・女	大・昭・平 年 月 日	申込済・未申込 受診日(月 日)
	加入済・未加入 加入希望	〒		男・女	大・昭・平 年 月 日	申込済・未申込 受診日(月 日)
	加入済・未加入 加入希望	〒		男・女	大・昭・平 年 月 日	申込済・未申込 受診日(月 日)

※ご記入いただいた情報は、受診に伴う名簿・台帳の作成等に利用するほか、各提携医療機関への通知並びに、札幌商工会議所からの各種連絡、情報提供のために利用させていただきます。

各種ドック
お申込み方法

- ①直接ご希望の医療機関へお電話いただき、「札幌商工会議所各種ドック」ご利用の旨を伝え、上で受診日時を予約してください。
- ②お申込書に必要事項を明記の上、FAXまたはメールでお申込みください。

血液・尿検査ドック
お申込み方法

- ①お申込書に必要事項を明記の上、FAXまたはメールでお申込みください。
- ②受診者住所へ検査キットが郵送されますので、採血・採尿を行い検査センターへ返送してください。後日結果シートを郵送いたします。

受診料のお支払い

お申し込み内容確認後、請求書を送付させていただきますので、お振込み願います。
※振込手数料は、貴社にてご負担願います。

お問い合わせ先

札幌商工会議所 会員組織部 会員サービス課 TEL:011-231-1318
〒060-8610 札幌市中央区北1条西2丁目 北海道経済センター
MAIL:service@sapporo-cci.or.jp