

お申込方法 希望するドックの種類と、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。)

※詳しくは下段をご覧ください。

【 】**膵臓がんドック**

- ( ) 札幌東徳洲会病院 ( ) 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

【 】**脳ドック**

- ( ) 中村記念病院 ( ) 川沿脳神経外科クリニック ( ) 斗南病院  
 ( ) LSI札幌クリニック (※オプション検査 有・無) ( ) 禎心会さっぽろ北口クリニック ( ) 札幌美しが丘脳神経外科病院  
 ( ) 札幌麻生脳神経外科病院 (※オプション検査 有・無) ( ) かしわば記念クリニック  
 ( ) 札幌禎心会病院 ( ) ふくおかクリニック  
 ( ) 北海道脳神経外科記念病院 ( ) 手稲脳神経外科クリニック  
 ( ) 札幌孝仁会記念病院 ( ) 札幌東徳洲会病院

【 】**PETがんドック**

- ( ) LSI 札幌クリニック ( ) セントラルCIクリニック ( ) 札幌孝仁会記念病院  
 ( ) PETがん検診 ( ) PETがんドック ( ) 札幌東徳洲会病院  
 ( ) PETベーシックコース ( ) 脳ドック  
 ( ) PETエグゼクティブコース ( ) メタボリックシンドローム診断  
 ( ) PETロイヤルコース ( ) 血液検査

【 】**乳がん・子宮がんドック**

- ( ) 禎心会さっぽろ北口クリニック ( ) 船員保険北海道健康管理センター  
 ( ) Aコース ( ) Bコース ( ) Cコース

【 】**在宅血液ドック** (検査機関:(株)リージャー)

- ( ) 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

※血液・尿検査ともに検査キットを郵送します

【 】**在宅尿検査ドック** (販売代理店:(株)コレクティブパートナーズ)

- ( ) 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

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5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)

※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、切り離しFAXでお申込みください。
- ③予約完了後、右記口座まで受診料をお振込み願います。

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。

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、切り離しFAXでお申込みください。
- ②予約完了後、右記口座まで受診料をお振込み願います。
- ③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。

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