

脳・認知症ドック予約申込書

申込医療機関	秋田県立病院機構リハビリテーション・ 精神医療センター
FAX番号	018 - 892 - 3759

送信日	R	年	月	日
-----	---	---	---	---

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	M・T・S・H	年 月 日
住所	〒	
電話番号 ※		

※受診日のご連絡をいたしますので、日中のご対応が可能な番号をご記入下さい。

第一ご希望日	令和 年 月 日 (金)
第二ご希望日	令和 年 月 日 (金)

◆お問い合わせ先 秋田県立病院機構リハビリテーション・精神医療センター 医事課 脳ドック担当 018-892-3751
