

別添

総合健康診断受診申請書（脳ドック用）

脳ドックの申込みをされる方は 以下の表のご希望の検診機関を一つ選び☑を入れ、予約日を記入してください。

脳ドック検診機関

受診希望	名称	住所	電話番号	自己負担額 (税込)※	基本料金 (税込)※	実施期間	予約日
<input type="checkbox"/>	見附市立病院	見附市学校町 2 丁目 13 番 50 号	0258-62-2800	16,500 円	55,000 円	4 月 ~ 3 月 金曜日のみ	月 日
<input type="checkbox"/>	新潟県労働衛生医学協会 新潟健診スクエア	新潟市西区北陽 1185-3(新潟ウェル ネス隣接)	025-378-1201	14,850 円	49,500 円	4 月 ~ 3 月	月 日
<input type="checkbox"/>	新潟県けんこう財団 新潟健診プラザ	新潟市中央区紫竹 山 2 丁目 6 番 10 号	025-245-1111	11,550 円	38,500 円	4 月 ~ 3 月	月 日
<input type="checkbox"/>	立川メディカルセンター たちかわ総合健診センター	長岡市旭岡 1-24	0258-36-6221	11,550 円	38,500 円	4 月 ~ 3 月	月 日

● 会場への送迎はありません。