

# 事業ドライバー 脳MRI健診 申込書・同意書

□トラック □バス □タクシー □その他 ( ) 平成 年 月 日

\*必ずチェックしてください。

事業所名						
支店・営業所名						
所在地		〒 -				
担当者	部署			役職		
	氏名					
連絡先		TEL			FAX	
		E-mail				
予定人数		( 名)				
HPの掲載		当法人のホームページ等に「脳MRI検査実施事業所様」として、御社のお名前を掲載してもよろしいでしょうか？			■よい □よくない	

## ◆ 検査内容 ◆

【料金はお一人様あたり・送料・税込】

脳MRI・A検査（1.5テスラMRI使用）

脳MRI・A検査を実施するにあたり、下記のとおり同意いたします。

- ① 記入いただいた個人情報の取扱は各種健康診断の利用情報及び実績管理のために利用いたします。
- ② 記入いただいた個人情報を第三者に提供することはありません。
- ③ 「個人情報保護に関する基本方針」

当院ホームページの個人情報保護に関する基本方針をご覧ください。

医療法人社団 同仁会 一里山・今井病院

ホームページ <http://www.imai-clinic.com/>

◆申し込書送付先◆ 【健診センター】 〒448-0002 愛知県刈谷市一里山町中本山 88 番地

Tel : 0566-26-6702 Fax : 0566-26-6707 E-mail : [kenko@imai-clinic.com](mailto:kenko@imai-clinic.com)

# 受 診 申 込 者 名 簿 (1)

脳 MRI スクリーニング

コード No.	所属 (勤務地)	フリガナ		性別	生年月日 (西 暦)	備 考
		氏	名			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						

受 診 申 込 者 名 簿 (2) 脳MRI スクリーニング

	コード No.	所 属 (勤務地)	フリガナ	性 別	生年月日 (西 暦)	備 考
			氏 名			
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						