

## 頸ドック申し込み用紙

フリガナ	
お名前	男・女 T・S・H 年 月 日(才)
ご住所	〒
個人予約 の方 連絡先	
団体予約 の方 連絡先	勤務先名

### 頸ドックコース

(頸MRI・頸MRA・頸X-P・頸筋の診察・瞳孔検査  
重心平衡機能検査・心電図・血液尿検査ほか)

ご希望の曜日を選んで 印をしてください。

木 ・ 金 ・ 土

ご希望の時間帯があれば記入下さい。

【 】

日時が決まりましたら当院からご連絡いたします。  
ご意見ご希望がありましたらお書き下さい。

---

東京脳神経センター 頸ドック・脳ドック

TEL 03-5776-1200 (代)

FAX 03-5776-1201