

お申し込み用紙

お名前（医療機関名）

住所

電話番号

担当者様のお名前

希望期間

- 6ヶ月未満
- 1年未満
- 1年以上
- その他

希望回数

- 週に1回程度
- 週に2回程度
- 週に3回以上
- その他

業務内容（複数回答可）

- 一般撮影（整形含む）
- CT撮影
- MRI撮影
- 超音波検査
- 造影検査（胃・腸）
- 健診業務全般
- その他

申込み内容

- パンフレットの送付
- お見積書のご提出
- 業務詳細の確認
- その他

その他についてご記入下さいませ。