

MRI 1.5Tt・3.0T・CTの共通必須

*回答必須

| | |
|----------|---|
| 名前* | <input type="text" value="ここには紹介施設の名前を入れてください"/> |
| カナ（名前） | <input type="text" value="先生のお名前を入れてください"/> |
| 性別* | <input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性 性別のチェックを入れてください |
| 生年月日* | <input type="text" value="-"/> 年 <input type="text" value="-"/> 月 <input type="text" value="-"/> 日 生年月日を入れてください |
| 郵便番号 | <input type="text" value="入力不要"/> |
| 都道府県 | <input type="text" value="- 入力不要"/> |
| 住所1* | <input type="text" value="123 の入力"/> |
| 住所2 | <input type="text" value="入力不要"/> |
| 電話番号* | <input type="text" value="123 の入力"/> - <input type="text" value="123 の入力"/> - <input type="text" value="123 の入力"/> |
| メールアドレス* | <input type="text" value="先生のメールアドレスを入れてください"/> ※このアドレスに予約に <input type="text" value="先生のメールアドレスを入れてください"/> 確認メールが届きます |

医療機器の共同利用でご紹介いただく患者様のお名前・性別を記入してください。例（今井 太郎, 男）

例) 今井 太郎 (男)

40字まで

医療機器の共同利用でご紹介いただく患者様の生年月日を記入してください。例（令和 5年 12月 1日）

例) 平成5年6月7日

50字まで

医療機器の共同利用でご紹介いただく患者様の連絡先の電話番号をご記入ください。例（090-3756-1234）

例) 090-0900-0909 ※当日来院されない場合の連絡に使用します

40字まで

MRI 1.5Tt の場合は選択してください

コースを選択してください。

限定コースの方は間違えないようにチェックを入れてください。

*回答必須

MRI 医療機器共同利用コース

ここにチェックを入れてください