

# PETトライアルキャンペーン

平成26年3月1日～平成26年5月31日

平成26年5月31日までに受診いただける方が対象となります。

この価格での  
ご提供は、今回が  
最後となります。  
お見逃しなく！


がん検査の基本コースであるPETベーシックコース(105,000円)に、  
脳疾患検査の頭部MRI・MRA(28,350円)や  
肺疾患検査の胸部CT(16,800円)をセットした期間限定の特別コースです。

PETベーシックコースはPET検査に、  
胃ペプシノゲン検査・腫瘍マーカー\*(血液検査)と  
便潜血検査を組み合わせたコースです。


[所要時間:約3時間]

\*CEA(各種がん)、CA19-9(胆嚢・膵臓など)、  
SCC(肺・子宮頸部など)、  
PSA(前立腺:男性のみ)、CA-125(子宮・卵巣など:女性のみ)


PET検査



MRI・MRA検査



CT検査



PET  
ベーシック  
コース

頭部  
MRI・MRA

胸部CT

通常価格150,150円(税込)を

## 121,800円<sup>(税込)</sup>

PET  
ベーシック  
コース

頭部  
MRI・MRA

通常価格  
133,350円(税込)を

## 105,000円<sup>(税込)</sup>

PET  
ベーシック  
コース

胸部CT

通常価格  
121,800円(税込)を

## 94,500円<sup>(税込)</sup>

PET  
ベーシック  
コース

人間ドックのオプション(別日)としても  
ご受診いただけます。

通常価格105,000円(税込)を

## 84,000円<sup>(税込)</sup>



【受診場所のご案内】御池クリニック(京都市中京区)

- 電車の場合  
・地下鉄東西線「西大路御池駅」出入口3番からすぐ  
・阪急京都線「西院駅」から西大路駅を北へ徒歩約15分  
・JR嵯峨野(山陰)線「円町駅」から西大路通を南へ、「二条駅」から御池通を西へ徒歩約15分  
■バスの場合・市バス「西大路御池」下車すぐ

【お問合せ・ご連絡先】

0120-81-8640

受付時間/9:00~18:00(月~金、ただし祝日は受け付けておりません)  
※IP電話など、フリーダイヤルに接続できない場合は、以下の番号へおかけください。

TEL.06-6451-7690(有料)

お申込み・資料のご請求は  
裏面のFAX用紙をご利用下さい



株式会社  
関西メディカルネット

関西電力グループ

京都支店 〒604-8436 京都市中京区西ノ京下合町11番地  
島津プラザ内

<http://www.k-medicalnet.co.jp>

# PETトライアルキャンペーン FAX送信用紙

## FAX.0120-81-3470

※IP電話など、フリーダイヤルに接続できない場合は、以下の番号へ送信ください。

FAX.075-813-7935(有料)

◆下記ご希望の項目□へのチェック(✓)及び必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込み下さい。

※下記個人情報の取り扱いに同意の上、お申し込み下さい。

受診場所：御池クリニック

右記の検査の受診を 申し込みたい	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース+頭部MRI・MRAオプションセットコース	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース+胸部CTオプションセットコース		
	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース+頭部MRI・MRA+胸部CTオプションセットコース	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース		
※印の項目は必須記入項目となります。				
※ふりがな			※生年月日	※性別
※お名前			昭和 年 月 日	男・女
※ご住所	〒 ー ー		※受診希望日	
			第1希望日	月 日( )
			第2希望日	月 日( )
※連絡先	電話 ー ー	携 帯 TEL		
Eメール				

複数でお申込の場合は、下記の記入欄をご利用ください。ご住所等が同じ場合「同上」で結構です。

右記の検査の受診を 申し込みたい	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース+頭部MRI・MRAオプションセットコース	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース+胸部CTオプションセットコース		
	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース+頭部MRI・MRA+胸部CTオプションセットコース	<input type="checkbox"/> PETベーシックコース		
※印の項目は必須記入項目となります。				
※ふりがな			※生年月日	※性別
※お名前			昭和 年 月 日	男・女
※ご住所	〒 ー ー		※受診希望日	
			第1希望日	月 日( )
			第2希望日	月 日( )
※連絡先	電話 ー ー	携 帯 TEL		
Eメール				

その他、お問い合わせなどをご記入ください。

### ●個人情報の取り扱いについて

株式会社関西メディカルネットは、お客さまの個人情報の重要性を認識し、個人情報の保護が社会的責務であることを自覚し、その安全管理に努めます。

#### 【利用目的】

個人情報は、弊社において商品・サービスの開発・改善、商品・サービスに関するダイレクトメール等によるご案内その他これらに付随する業務を行うために必要な範囲内で利用することとし、法令に基づく場合を除きそれ以外に利用することはありません。なお、「※の記入項目」以外の個人情報の提供は任意ですが、ご提供いただけなかった場合は、お客さまに適した情報の提供が制限される場合があります。

#### 【個人情報の第三者への提供および外部への委託】

お客さまからお預かりした個人情報は、「上記の目的で利用する場合」および「法令で定められている場合」を除いて、お客さまの同意を得ず第三者へ開示・提供することはありません。また、サービス提供のため、上記の目的で利用する範囲内において、個人情報の取り扱いを外部へ委託する場合がございます。

#### 【個人情報の管理】

お客さまからお預かりした個人情報は「JIS Q 15001規格・個人情報保護マネジメントシステム」に準拠した個人情報保護マネジメントシステムを策定・順守し、厳正な管理を行います。

#### 【個人情報の開示・訂正・削除】

お客さまからお預かりした個人情報について、開示を請求することができます。また、開示の結果、個人情報の訂正・削除を請求することもできます。個人情報の開示・訂正・削除を請求される場合は、弊社にご連絡をお願いいたします。なお、本手続きにあたり、ご本人であることを確認させていただきます。

株式会社関西メディカルネット 個人情報保護管理責任者 事業統括部長

資料請求  
お問い合わせは

株式会社  
関西メディカルネット  
関西電力グループ

0120-81-8640

受付時間 / 9:00~18:00(土・日曜日および祝日は除く)  
※IP電話など、フリーダイヤルに接続できない場合は、以下の番号へおかけください。

TEL.06-6451-7690(有料)