

がん検診パックアンケート

田坂記念クリニック

受診者名		受診日:	年	月	日
------	--	------	---	---	---

下記アンケートにご協力お願い致します。(□に✓を入れて下さい。)

●所属先の会社名についてお答えください。

☐ キヤノン(株)

☐ 下丸子 ☐ 小杉 ☐ 矢向 ☐ 川崎 ☐ 取手 ☐ 玉川 その他()

☐ キヤノンマーケティングジャパン(株)

☐ キヤノンシステムアンドサポート(株)

☐ キヤノンITソリューションズ(株)

☐ キヤノンソフトウェア(株)

☐ キヤノンアネルバ(株)

☐ キヤノンプロダクションプリンティングシステム(株)

☐ キヤノンカスタマーサポート(株)

☐ キヤノンITSメディカル(株)

☐ キヤノン電子(株)

☐ その他()

●過去にがん検診を受けたことがありますか？

(他機関を含む)

☐ ある ☐ 今回が初めて

●あるとご回答の方は以下の項目にもご回答下さい。

昨年度がん検診を受けましたか？

☐ 受けた(医療機関名: ☐ 田坂記念クリニック ☐ 他機関)

受けた方へ⇒予約会の利用は ☐ あり ☐ なし

☐ 受けてない

●土曜日の検査について

☐ 希望する ☐ どちらでもよい ☐ 必要なし

ご協力ありがとうございました。