

# 睡眠時無呼吸症候群 (SAS)スクリーニング検査申込書 ※企業様

医療法人いちえ会 洲本伊月病院 健診センター

TEL : 0799-26-0771 FAX : 0799-26-0786

●企業名			●担当者名	
●住所	〒			
●TEL			●FAX	
●メールアドレス	@			
●受診者数	名	●備考		

※検査機器の発送は申込日より2週間後以降となります。発送日が決まりましたら担当よりご連絡いたします。