

Gift Ticket 申込書

■ 太枠内をきれなくご記入ください。

お申込日	年	月	日
------	---	---	---

Gift Ticketお申込者の情報をご記入ください。

フリガナ			性別
お名前			男 ・ 女
ご住所	〒		
電話番号	-	-	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 ()
請求先	<input type="checkbox"/> 上記申込者と同じ		※上記申込書と異なる場合はご記入ください
	<input type="checkbox"/> 上記住所と同じ		
	〒		※上記申込書と異なる場合はご記入ください

■ プレゼント希望のコースに ✓ をお願いします。

2日間ドック (標準コース) / 通院	79,200円	<input type="checkbox"/>	がんドック (レディースコース)	90,200円
2日間ドック (全大腸コース) / 通院	97,900円	<input type="checkbox"/>	心臓ドック	79,200円
2日間ドック (レディースコース) / 通院	106,700円	<input type="checkbox"/>	脳ドック	68,200円
日帰りドック (胃透視コース)	51,700円	<input type="checkbox"/>	アフタヌーンレディースドック	29,700円
日帰りドック (胃内視鏡コース)	57,200円	<input type="checkbox"/>	PET/CT検診	112,200円
日帰りドック (全大腸コース)	86,900円	<input type="checkbox"/>		
日帰りドック (レディースコース)	84,700円	<input type="checkbox"/>	※オプション検査も全額負担希望の場合は✓	
がんドック (標準コース)	79,200円	<input type="checkbox"/>	オプション検査全額負担	

社会福祉法人 済生会熊本病院
 予防医療センター長 満崎 克彦 様

支払同意書

私は、ギフトチケットへの申込みにあたり、ギフトチケット受取者がドック受診後に、その費用をお支払いすることをお約束いたします。

記入日 年 月 日
 (西暦)

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

(センター記入欄)

受付日	年	月	日
受付No.			

チケット譲渡方法

直接 / 来館日 ()

郵送 / 発送日 ()

受付	発行	譲渡/発送