

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
------	---	---	---

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)	82,500円	がんドック (レディースコース)	88,000円
2日間ドック (全大腸コース)	101,200円	心臓ドック	77,000円
2日間ドック (レディースコース)	110,000円	脳ドック	66,000円
日帰りドック (胃透視コース)	49,500円	イブニングレディースドック	27,500円
日帰りドック (胃内視鏡コース)	55,000円	PET/CT検診	110,000円
日帰りドック (全大腸コース)	84,700円		
日帰りドック (レディースコース)	82,500円	※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)	77,000円	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	チケット譲渡方法 <input type="checkbox"/> 直接 / 来館日 () <input type="checkbox"/> 郵送 / 発送日 ()	受付	発行	譲渡/発送
受付No.							