

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	- -	☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ その他 ()	
請 求 先	☐ 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	
	☐ 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		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		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		脳ドック	68,200円
	日帰りドック（胃透視コース）	51,700円		脾臓ドック	55,000円
	日帰りドック（胃内視鏡コース）	57,200円		アフタヌーンレディースドック	29,700円
	日帰りドック（全大腸コース）	86,900円		PET/CT検診	112,200円
	日帰りドック（レディースコース）	84,700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）	79,200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
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