

お申込者様 氏 名	フリガナ-----		
お申込者様 住 所	〒 ー		
お申込者様 連絡先	[自宅]	ー	ー
	[携帯]	ー	ー

■ご購入を希望される人間ドックの番号、数量と購入額の小計及び合計、お振込予定日をご記入下さい。

人間ドックの種類				金額(税込)	数量	小 計
1	メタボリックドック			108,000 円		, 円
2	メタボリックドック + 脳ドック			135,000 円		, 円
3	クイックドック			54,000 円		, 円
4	クイックドック + 脳ドック			97,200 円		, 円
5	脳ドック			54,000 円		, 円
6	1 日ドック	胃内視鏡検査	結果説明あり	81,000 円		, 円
7			結果説明なし	77,760 円		, 円
8	1 日ドック	胃レントゲン検査	結果説明あり	78,840 円		, 円
9			結果説明なし	75,600 円		, 円
10	1 日ドック	胃内視鏡検査	+脳ドック	結果説明あり	124,200 円	, 円
11				結果説明なし	120,960 円	, 円
12		胃レントゲン検査		結果説明あり	122,040 円	, 円
13				結果説明なし	118,800 円	, 円
14	土曜半日	胃内視鏡検査	胸部CT検査	66,960 円		, 円
15			胸部レントゲン検査	56,160 円		, 円
16	ドック	胃レントゲン検査	胸部CT検査	64,800 円		, 円
17			胸部レントゲン検査	54,000 円		, 円
お振込予定日		平成 年 月 日	合 計			, 円

- ◆FAXを送信された後、総合健診センター(03-3451-8014 センター直通)まで必ずお電話下さい。
- ◆お申込日より7日以内に、上記のお申込者様のお名前でお振り込み下さい。
- ◆ご入金確認後5日以内に、お申込者様に本ギフト券をご郵送いたします。
- ◆お振り込み後のドックメニューの変更及び本ギフト券の返品、払い戻しはできません。
- ◆今回のお申し込みでご提供されたお申込者様の個人情報につきましては、本ギフト券の郵送及び当センターのサービスのご案内等の目的でのみ使用いたします。

お振込口座	みずほ銀行 芝支店
	普通預金 3494834
	トウキョウトサイセイカイチュウオウビョウイン
	東京都済生会中央病院

事務処理欄	受診日	発送日	入金日	入電日	受付日	ギフト番号
	/	/	/	/	/	