

ご予約は、この用紙をFAXして頂くか、お電話で下記事項をお知らせください。
FAXでお申し込みの方はご予約が確定しましたら、お電話にてご連絡させていただきます。

1. お申込み日 平成 年 月 日	2. 今までに三宅おおふくクリニックでの受診 (ある ・ ない)																	
(ふりがな) 3. お名前	4. 性別 (男 ・ 女)																	
5. 生年月日 T・S・H 年 月 日 (満 歳)																		
6. ご住所 (〒) 市 郡	* マンション・コーポ名 部屋番号までご記入ください。																	
7. お電話番号 自宅 () ー 携帯 () ー	* 当院から予約確定等のご連絡をさせていただきます。																	
8. 希望コース 希望コースに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください	<h2 style="text-align: center;">人間ドック</h2> <p style="text-align: center;">月～土(祝日除く)</p> <p style="text-align: center;">受付時間 8:00</p>	<input type="checkbox"/> レディーススペシャル (税別価格:39,800円 検査時間:約3時間半) <small>セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ</small> <input type="checkbox"/> メンズスペシャル (税別価格:34,800円 検査時間:約3時間) <small>セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ</small> <input type="checkbox"/> ベーシック (税別価格:34,000円 検査時間:約3時間) <small>セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ</small> <input type="checkbox"/> 脳ドック (※木曜日のみ) (税別価格:34,800円 検査時間:約2時間) <input type="checkbox"/> yourセレクトドック (税別価格:22,000円 検査時間:約2時間)																
* コースに含まれる胃部検査は胃レントゲン検査です。胃カメラに変更される場合は差額の3,780円が必要です。 変更希望 <input type="checkbox"/> * 上記ドックには御食事のあるコースがございます。食物アレルギーのある方はご記入ください。() * 「your セレクトドック」には胃部検査が含まれておりません。ご希望の方はオプション検査にご記入ください。																		
9. オプション検査 ご案内のオプション検査メニューより オプション検査を希望される場合は、 「検査名」「金額」を記入してください。	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">検査名</th> <th style="width:50%;">金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	検査名	金額							<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">検査名</th> <th style="width:50%;">金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	検査名	金額						
検査名	金額																	
検査名	金額																	
10. ご希望日	申込日より10日以降の希望日を第3希望までご記入ください。 ご希望のうち1日は必ず平日をご記入ください。																	
<h3>第1 希望日</h3> <p>月 日 ()</p>	<h3>第2 希望日</h3> <p>月 日 ()</p>	<h3>第3 希望日</h3> <p>月 日 ()</p>																