

マイヘルスクリニック神田院 FAX 予約用紙

当院にお申込みいただき誠にありがとうございます。必要事項をご記入のうえ FAX にてお送りください。
ご記入の際はボールペンでしっかり記入してください。記入漏れのないようお願いいたします。

FAX 申し込み用紙

フリガナ					
氏名	性別(男・女)	生年月日	昭和 平成	年	月 日
住所 〒					
(アパート名、マンション名まで記入してください。)					
日中連絡の取れる電話番号					(自宅・携帯)
希望日					
第一希望日:	年	月	日	第二希望日:	年 月 日

健診コース ※企業・事業所・各種団体でのお申込みの方はこちらにご記入ください。	
健保名	希望コース名
団体名	

健診コース ※個人でのお申込みの方は希望の健診コースに○をつけてください。	
	プレミアムドック ￥72,600(税込)
	半日ドック ￥49,500(税込)
	レディースドック ￥66,000(税込)
	生活習慣病健診 ￥27,500(税込)

※FAX をお送りいただいただけではまだ予約は確定とはなりません。ご予約確定のために改めてこちらから日程の調整など連絡致します。すべてが完了次第予約確定となります。

※FAX での受付は 24 時間可能ですが受付時間の 16 時を超えてのお申込みの場合は、翌日以降の対応となります。ご了承ください。



コース内容についてのお問い合わせなど

TEL : 0120-260-709 (音声ガイダンス②)

[受付時間] 8:30 ~ 16:30 月~土曜日(祝日除く)

予約に関するお問い合わせ

TEL : 0120-260-709 (音声ガイダンス①)

[受付時間] 月~金曜日 9:00 ~ 16:00 / 土曜日 9:00 ~ 12:00(祝日除く)

お申込みはこちらの FAX へお願いいたします
FAX 番号をお間違えないよう送信してください

072-426-3966