

がん健診宿泊プラン 予約申込書（兼 確認書）

太枠以外へ、ご記入願います。

申込日：20 年 月 日

宿泊日	20 年 月 日 ()	～	泊	食	
検診日	20 年 月 日 ()				

検診コース	Aコース	Cコース	時間：	検診セット費用	円
お客様名	フリガナ			性別	
				男性	女性
ご住所	フリガナ				
	〒				
生年月日	明治	大正	昭和	平成	年 月 日
年齢					歳
自宅番号			FAX番号		
携帯番号			緊急連絡先		
勤務先 (法人名)	フリガナ			所属部署並びに役職	
勤務先住所	フリガナ				
	〒				
	TEL番号：		FAX番号：		

検診コース	Aコース	Cコース	時間：	検診セット費用	円
お客様名	フリガナ			性別	
				男性	女性
ご住所	フリガナ				
	〒				
生年月日	明治	大正	昭和	平成	年 月 日
年齢					歳
自宅番号			FAX番号		
携帯番号			緊急連絡先		
勤務先 (法人名)	フリガナ			所属部署並びに役職	
勤務先住所	フリガナ				
	〒				
	TEL番号：		FAX番号：		

同行者		男性	女性	宿泊料金	円
氏名・宿泊のみの方		男性	女性	宿泊料金	円
検査後の昼食	要	不要	同行者昼食	要	不要

合計金額	円 但し、医療機関に於いて追加の診療された場合除きます。 がん健診ですので保険の対象外となります。
お支払い方法	現金 カード:ニコス・ビザ・マスター・JCB・DC 1回払(手数料無) 2回払(手数料無) 12回払

受入医療施設	南東北医療クリニック(福島県郡山市八山田7-161)	0120-373-107
受入宿泊施設	岳温泉 陽日の郷あづま館(福島県二本松市岳温泉)	0243-24-2211
がん健診についてのご予約先 ... エアポートトラベル(株)		
0478-75-2839 FAX 0478-75-3620		

予約確認欄	エアポートトラベル(株) : 担当	予約受付日:
	陽日の郷あづま館 : 担当	南東北医療クリニック: 担当

当社へ予約後の健診迄の医療的なご案内は、南東北医療クリニックより行います。