



ゆうあいクリニック

保険チャネル様専用 検診申込書



FAX 045-548-1969

ご紹介元	(有)ワークソリューション		
受診希望コース	<input type="checkbox"/> プレミアムコース <input type="checkbox"/> アンチエイジングコース <input type="checkbox"/> スタンダードコース <input type="checkbox"/> レディースコース <input type="checkbox"/> ベーシックコース		
オプション (複数選択可)			
優待内容	<input type="checkbox"/> 4,000円~8,000円(税抜)のオプション1つ無料 <input type="checkbox"/> 各コース定価の5,000円引き <small>※お選びいただいたオプションを上記にご記入ください。コースによってお選びいただけないオプションがございます。詳しくはオプションメニューガイドをご参照ください。</small>		
フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生まれ (才)		
自宅住所	〒 - -		
自宅電話番号	- - -	携帯電話番号	- - -
日中連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () - -		
糖尿病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	体内金属	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
閉所恐怖症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
受診希望日	第1希望	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
	第2希望	平成 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後
<small>※当申込書をお送りいただいた後、当クリニックよりお電話をさせていただき、予約を確定いたします。お送りいただいた時点では、まだ予約は確定されておりませんのでご注意ください。</small>			
診断結果送付先 (いずれか1つ)	<input type="checkbox"/> ご自宅 <input type="checkbox"/> その他(指定送付先) <small>※当欄は必ず受診者本人によるご記入または受診者の同意を得ているものといたします。</small>		
備考			
【個人情報の取り扱いについて】			
<small>○本申込書記載の個人情報は、検診の予約、受診確認および当クリニックからの案内やサービスの提供等に利用します。また、お預かりした個人情報は法令等を遵守し、責任をもって管理いたします。 ○個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ(苦情や相談など)および内容の確認、変更のご連絡等は下記窓口で承ります。</small>			

※ご予約は2週間前までをお願いいたします。

※キャンセル・コース変更は検査の3日前までにご連絡をお願いいたします。

※他の優待や割引との併用はできません。

お問い合わせ先 : ゆうあいクリニックコールセンター TEL045-540-8216

受付時間: 9:00am~6:00pm (日・祝日を除く)

〒223-0059神奈川県横浜市港北区北新横浜1-6-2 www.shinyokohama.jp