

湯けむりドック申込書

申込日：平成 年 月 日

| | |
|-----|----------|
| 受診日 | 平成 年 月 日 |
| 宿泊日 | 平成 年 月 日 |

| | |
|-----|--------------|
| 旅館名 | プチホテルゆばらリゾート |
|-----|--------------|

(注) オプション検査がある場合は有、無い場合は無を 記入してください。

| No | 性別 | 名 前 | ふりがな | 生年月日 | 郵便番号 | 住 所 | 電話 | オプション |
|----|----|-----|------|------|------|-----|----|-------|
| 1 | 男女 | | | | | | | |
| 2 | 男女 | | | | | | | |
| 3 | 男女 | | | | | | | |
| 4 | 男女 | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |

| | |
|-------|-------|
| 担当指南役 | 古林 伸美 |
|-------|-------|

ご返送先 FAX 番号 0867-62-2300 / 電話 0120-62-2600