

病院名: 御中

【湯けむりドック 申込書】

申込日:

受診月日	
宿泊日	

旅館名 プチホテルゆばらリゾート	担当 : 古林
------------------	---------

電話番号 0867-62-2600

FAX0867-62-2300

番号	性別	ふりがな 名前	生年月日	郵便番号	住 所 アパート名	電話番号	オプション 検査	検査キット 送付日
1	男 女	様						
1	男 女	様						
1	男 女	様						
1	男 女	様						
1	男 女	様						
1	男 女	様						

◎交通手段

F A X 0 8 6 7 - 6 2 - 2 3 0 0
E-mail ph-yubarar@net626.co.jp