

乳がん・子宮がん自費健診の申込書

FAX 番号 0942-33-1218

フリガナ _____

氏名 _____

生年月日 年 月 日 _____

〒 _____

TEL _____

希望日	第一希望	令和	年	月	日
	第二希望	令和	年	月	日
	第三希望	令和	年	月	日

希望コースに○をつけて下さい

申込コース A ・ B ・ C ・ D ・ E ・ F

- ※ 直近の日付を希望されますと予約枠が取れない可能性がありますので余裕をもって希望日をご記入ください。
- ※ FAXを確認の上、折り返しご連絡いたします。(午後からの対応になります。)