

ご予約は、この用紙をFAXして頂くか、お電話で下記事項をお知らせください。
FAXでお申し込みの方はご予約が確定しましたら、お電話にてご連絡させていただきます。

1. お申込み日 平成 年 月 日	2. 今までに岡山大福クリニックでの受診 (ある・ない)																
(ふりがな) 3. お名前	4. 性別 (男・女)																
5. 生年月日 T・S・H 年 月 日 (満 歳)																	
6. ご住所 (〒) 市 郡	*マンション・コーポ名 部屋番号までご記入ください。																
7. お電話番号 自宅 () ー 携帯 () ー	* 当院から予約確定等のご連絡をさせていただきます。																
8. 希望コース 希望コースに ✓をつけてください	<table border="1"><tr><td rowspan="5">人間ドック 月～土 (祝日除く) 受付時間 8:00～8:20</td><td><input type="checkbox"/> レディーススペシャル (価格:43,200円 検査時間:約3時間半) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> メンズスペシャル (価格:37,800円 検査時間:約3時間) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> ベーシック (価格:36,200円 検査時間:約3時間) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 脳ドック (価格:37,800円 検査時間:約2時間)</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> yourセレクトドック (価格:23,760円 検査時間:約2時間)</td></tr></table>	人間ドック 月～土 (祝日除く) 受付時間 8:00～8:20	<input type="checkbox"/> レディーススペシャル (価格:43,200円 検査時間:約3時間半) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ	<input type="checkbox"/> メンズスペシャル (価格:37,800円 検査時間:約3時間) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ	<input type="checkbox"/> ベーシック (価格:36,200円 検査時間:約3時間) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ	<input type="checkbox"/> 脳ドック (価格:37,800円 検査時間:約2時間)	<input type="checkbox"/> yourセレクトドック (価格:23,760円 検査時間:約2時間)										
人間ドック 月～土 (祝日除く) 受付時間 8:00～8:20	<input type="checkbox"/> レディーススペシャル (価格:43,200円 検査時間:約3時間半) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ																
	<input type="checkbox"/> メンズスペシャル (価格:37,800円 検査時間:約3時間) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ																
	<input type="checkbox"/> ベーシック (価格:36,200円 検査時間:約3時間) セレクトリラクゼーション <input type="checkbox"/> あんま <input type="checkbox"/> フットケア <input type="checkbox"/> エステ																
	<input type="checkbox"/> 脳ドック (価格:37,800円 検査時間:約2時間)																
	<input type="checkbox"/> yourセレクトドック (価格:23,760円 検査時間:約2時間)																
*コースに含まれる胃部検査は胃レントゲン検査です。 胃レントゲンを胃カメラに変更される場合は月・水・土曜日でご予約ください。(差額3,780円が必要)ご希望の方は ✓を付けてください。 <input type="checkbox"/>																	
*上記ドックには御食事のあるコースがございます。食物アレルギーのある方はご記入ください。()																	
9. オプション検査 ご案内のオプション検査メニューより オプション検査を希望される場合は、 「検査名」「金額」を記入してください。	<table border="1"><thead><tr><th>検査名</th><th>金額</th><th>検査名</th><th>金額</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	検査名	金額	検査名	金額												
検査名	金額	検査名	金額														
*「your セレクトドック」には胃部検査が含まれておりません。胃部検査をご希望の方はオプション検査をお選びください。																	
10. ご希望日	申込日より10日以降の希望日を第3希望までご記入ください。 ご希望のうち1日は必ず平日をご記入ください。																
第1 希望日 月 日 ()	第2 希望日 月 日 ()	第3 希望日 月 日 ()															