

団体割引適用申込書(PETがんドック)

代表者

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		住 所	〒 -
お名前			
電話番号	() -	FAX	() -

受診者

1	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
2	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
3	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
4	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
5	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
6	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
7	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
8	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
9	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()
10	フリガナ		住 所	〒 -
	受診者氏名	(性別) 男・女		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日	電話番号	() -
			受診日	令和 年 月 日 ()

(注)お申し込み後のキャンセルにより受診人数が5人未満となった場合、団体割引は適用できません。通常料金をお支払いいただきます。