

NO.	家族割引適用申込書 (PETがندوق)				申込日 令和 年 月 日	代表者との 続柄	
代表者	フリガナ		住所	〒 -		本人	
	代表受診者氏名	(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 ()		

1 代表者の方は、下記事項に同意のうえ、代表受診者氏名欄に署名または記名押印をお願いします。

2 次のような場合、家族割引は適用できません。通常料金をお支払いいただく場合があります。

- (1) お申し込み後のキャンセルにより受診人数が2人未満となった場合。
- (2) お申込内容が事実と異なる場合。