

セルフケア健診FAX申込書

FAXでの申し込みは本用紙をご利用願います。

FAX送信先 025-379-1252

▼お申込者様 ※印の項目は必ずご記入ください

フリガナ		お申込日	年	月	日	
氏名※ (自署)	(男・女)	生年月日※	S・H	年	月	日 (歳)
ご住所※ (お届け先)	〒	TEL※	—	—	—	
		FAX	—	—	—	
		E-mail			@	
勤務先※						

▼当会での受診歴(該当する箇所に○をつけ、必要事項をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> あり(人間ドック)	施設名	検診日	年	月	日	受診ナンバー
<input type="checkbox"/> あり(健康診断)	事業所コード	個人コード				
<input type="checkbox"/> 初めての方	※事業所コード及び個人コードにつきましては、ご本人確認・前回歴参照の為、当会健診時の健康診断結果をご参照の上、ご記入をお願いいたします。					

▼ご希望のプランに○印をご記入ください

プラン名※	料金
A: 脂質異常症改善プラン	3,240円 (本体価格3,000円+消費税240円)
B: 肝機能改善プラン	3,240円 (本体価格3,000円+消費税240円)
C: 糖尿病改善プラン	3,240円 (本体価格3,000円+消費税240円)
D: 生活習慣改善プラン	4,320円 (本体価格4,000円+消費税320円)

▼ご希望のお届け時間帯に○印をご記入ください

採血セットお届け希望時間帯※	
午前中	18時~20時
14時~16時	19時~21時
16時~18時	希望しない

◎Dプランをお申込みいただくと、A~Cプランまでの全ての項目を検査いたします。

▼備考 ご意見・ご要望・質問事項などございましたらご記入ください

--

お申込み前に、必ずお読みください

◎検査について

採血量不足など検体不良の際は、再採取をお願いする場合があります。

◎返品について

商品到着後、お客さまのご都合によりキャンセルされる場合は、「8日以内」に限り承ります。ただし未開封品のみとさせていただきます。

◎お支払いについて

検査料金は、採血セット到着時に現金でお支払い(代金引換)ください。
(上記料金にはクール便での検体返送費用も含まれております。)

◎採取検体について

検体採取後は、速やかに返送をお願いします。
(返送までは冷蔵保存をお願いします。)

集荷お申し込み先

ヤマト運輸集荷専用フリーダイヤル 0120-019625

※受付時間 午前8時から午後9時まで

※携帯電話・PHSからは右記連絡先をご利用ください(有料)。0570-200-000

◎年末年始、ゴールデンウィーク時の営業については、お問い合わせください。

◎個人情報は検査の目的にのみ使用し、他に流用しません。