

## 四ツ池メディカルヴィレッジ 健診ギフト券 申込書

F A X 053-478-7801 健診ギフト係 行

送信日（お申込み日） 年 月 日

申込者	ふりがな	
	氏名	
	住所	〒
	電話	
	F A X	

料金をお振込される方で、料金のお振込をされる方とお申込みされる方が異なる場合には下記のお振込人の欄もご記入ください。（受付にてお支払いいただく場合は不要です）

お振込人	ふりがな	
	名義人氏名	

### 健診ギフト料金

（お振込金額・振込手数料別）

	健診ギフト種類	金額（税込）	数量	計
1	ゲノム（遺伝子）検診	¥115,500		
2	脳血管検診	¥52,500		
3	肩こり検診／腰痛検診	各¥25,000		
4	毛髪ミネラル検診	¥15,750		
5	エイジング検診	¥10,500		
	合計			

健診ギフト券の料金は、当クリニック受付または銀行振込みにてお支払いください。

### 振込先（振込口座）

磐田信用金庫 葵町支店 普通預金 5037856

口座名 四ツ池メディカルヴィレッジ 吉井 徹哉（ヨシイ テツヤ）

お申し込み後、10日以内にお振込みください。

なお、振込手数料はお客様のご負担となります。

### お問合せ先

四ツ池メディカルヴィレッジ 健診ギフト係 電話：053-478-7800