

レントゲン撮影&骨診察会申込用紙

氏名		様
氏名 (フリガナ)		様
生年月日	西暦 年 月 日 (歳)	
住所	〒	
ご連絡先 (連絡先を選択し、 ご記入下さい。)	(*必ず繋がる番号、メールアドレスをご記入下さい。) 電話・メール	

***レントゲン撮影、診察はそれぞれ15分程かかります。**

○9時台

○10時台

○11時台

○12時台

○14時台

○15時台

○16時台

○17時台

希望時間帯選択

(先着順にてご希望に添えない場合もあります。)

第一希望	
第二希望	
第三希望	

*レントゲン撮影後、診察になります。

診察状況によっては時間が変更になることがあります。

*頂戴致しました個人情報、本診察会以外で用いることはありません。

また外部に漏れる事はないよう厳重に管理致します。

*申込後、こちらで時間調整しまして上記連絡先までご連絡致します。

時間決定後下記振込先までご入金下さい。

診察料金事前清算となります

<振込先> ゆうちょ銀行 記号11340番号06496001 支店名：一三八 普通預金0649600
名義：日本予防医学推進協会

<お問合せ先>