

人間ドックギフト券 申込書

【 人間ドックギフト券 ご購入にあたっての事前確認事項 】 ※必ずご一読ください。

- ① ご購入後のドックコースの変更、本ギフト券の返品・払い戻しはできません。
- ② ご予約の際は、「人間ドックギフト券利用」である旨を、必ずお伝え下さい。(完全予約制)
- ③ 本ギフト券では、当センター所定の人間ドック基本コースをご受診いただけます。
- ④ 追加検査(オプション)を希望された場合の料金は、別途、利用者様のご負担となります。
- ⑤ 検査当日は本ギフト券を持参の上、受付時に必ずご提出下さい。
(ご提出が無い場合は、ご利用いただけません。)
- ⑥ 検査項目の一部中止による返金は致しませんのでご了承ください。
- ⑦ 本ギフト券の盗難、紛失または滅失などに対しては一切責任を負いかねます。
- ⑧ 本ギフト券は、静岡県静岡医師会健診センターでのみ、ご利用いただけます。
- ⑨ 本ギフト券ご利用の有効期間は、記載の発行日より2年間となります。
(①～⑨の注意事項は、「人間ドックギフト券」裏面に記載しております。)
- ⑩ 期限満了近くまでご利用が無い場合、ご購入者様にお問合せをさせていただきますのでご了承ください。
- ⑪ 本ギフト券は、金券ショップなどへの転売は固くお断りしております。

上記ご確認・ご了承のうえ、太枠線内をご記入の後、FAXをお願い致します。

お申込日 (FAX 送信日)	年 月 日
お受取 希望日	年 月 日
お申込者 氏 名	フリガナ
お申込者 住 所	〒 -
お申込者 連絡先	※連絡をご希望される〔自宅〕〔携帯〕に、○をお願い致します。 〔自宅〕 - - 〔携帯〕 - -

■ご購入を希望される人間ドックギフト券の枚数とお支払方法をご記入下さい。

ギフト券名称	金額 (10%税込)	枚数	合 計
人間ドックギフト券	39,600円	枚	円
お支払方法			
窓 口 (現 金 ・ クレジットカード) ・ 振 込 *1			

*1 お支払い先振込口座：静岡銀行 本店営業部 普通 No.1248993 (振込手数料はお客様負担となります。)

口座名 シャ)シズオカシズオカイシカイケンシンセンター

◀ ご入金の確認後、「ギフト券」を発送致します。また、振込金融機関の利用明細を領収証に替えさせていただきます。▶

静岡医師会健診センター MEDIO

F A X 054-273-2126

FAX 番号はお間違いのないようお願いいたします

ご提供されたお申込者様の個人情報につきましては、本ギフト券に関する当センターのサービスのご案内等の目的でのみ使用いたします。