

FAX 084-922-0100
福山商工会議所 会員課 行

倉敷中央病院附属予防医療プラザ エグゼクティブブック 予約申込書

下記のとおり申し込みます。

令和 年 月 日

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日	西暦・昭和・平成	年	月	日 () 歳
住所	〒 -			
電話番号	() -	携帯電話	() -	

事業所名			
所在地	〒 -		
電話番号	() -		
希望コース	<input type="checkbox"/> がんスクリーニング (1泊2日) <input type="checkbox"/> 脳・心臓スクリーニング (1泊2日) <input type="checkbox"/> 脳・心臓・がんスクリーニング (2泊3日) ※月曜日もしくは火曜日が初日となります。		
希望日	第一希望 月 日 ()	第二希望 月 日 ()	第三希望 月 日 ()
希望ホテル	<input type="checkbox"/> 倉敷国際ホテル <input type="checkbox"/> 倉敷アイビースクエア		
夕食	<input type="checkbox"/> 洋食 <input type="checkbox"/> 和食	※倉敷国際ホテルの場合、月曜日の和食はございません。 ※2泊3日の場合は、洋食と和食をご用意いたします。	

該当の項目にチェックをしてください。

糖尿病	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
ペースメーカーや ステントなど金属類	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
閉塞隅角緑内障	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
今まで倉敷中央病院、もしくは倉敷中央病院リバーサイドでのご受診はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
今まで倉敷中央病院附属予防医療プラザでの健康診断のご受診はありますか？	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

商工会議所記入欄

受付日	担当社印

申込書にご記入いただいた情報は、当プランのためのご連絡や
商工会議所の会員確認に利用させていただきます。