

湯けむりドック 申込書

受診月日	
------	--

旅館名	
-----	--

番号	性別	名前	ふりがな	生年月日	郵便番号	住所	電話	オプション 検査(注)
1	男女	様						
2	男女	様						
3	男女	様						
4	男女	様						
5	男女	様						
6	男女	様						
7	男女	様						
8	男女	様						
9	男女	様						
10	男女	様						

(注) オプション検査がある場合は有、無い場合は無を
記入してください。