

PET健診ギフトチケットFAX発注書

No.1

お申込日 年 月 日

本発注書到着後、当センターより内容確認の連絡をいたします。連絡が無い場合は、お手数ですが、聖授会OCAT予防医療センターまで、ご連絡ください。PM3:00以降の到着分につきましては、翌日の受付分となります。

※お申込後の変更・キャンセルは承りかねますのでご了承ください。

銀行振込	銀行支店名	三菱東京UFJ銀行 堂島支店
	講座番号	普通預金 1170274
	名義	イリョウホウジン セイジュカイ
		医療法人 聖授会

郵便振込	ぱるる	
	講座番号	記号 14190番号72408991
	名義	イリョウホウジン セイジュカイ
		医療法人 聖授会

※お振込いただいてから約1週間でお届けいたします。※お振込手数料はお客様ご負担にてお願いいたします。

■お申込人記入欄 (太枠内にご記入ください)

フリガナ		
お名前 (法人の方は法人名)		様
★部署名		
★ご担当者名		様
お電話番号	()	—
フリガナ		
ご住所	都 道	府 県
日中連絡先		
お振込名義 (カタカナ)		様
入金予定日	年 月 日	(銀行振込・郵便振込)

■差出人記入欄 (お申込者以外の名義でお届けをご希望される場合にご記入ください)

フリガナ		
お名前 (法人の方は法人名)		様
★部署名		
★ご担当者名		様
お電話番号	()	—
フリガナ		
ご住所	都 道	府 県

※個人でお申込の場合は★印欄へのご記入は不要です。

■ご希望のある方のみご記入ください

■お届けご指定日 (1週間以降の日付をご記入ください)	
月 日 指定	
■領収書 (ご希望の場合のみご記入ください)	
ご名義	
金額	
■のしorリボン包装 (必要な場合はご記入ください)	
<input type="checkbox"/> 外のし <input type="checkbox"/> 内のし	<input type="checkbox"/> ② 上段 その他 <input type="checkbox"/> 粗念品 <input type="checkbox"/> 母の日 <input type="checkbox"/> お父の日 <input type="checkbox"/> ① 上段選択 下段 ③ 下段 上段(その他の場合)

※お客様の個人情報をPET健診ギフトカード送付、及び当センターのサービスご案内目的以外に使用することはございません。

※当センター記入欄				配達 伝票番号		処理者	印
受付日	年	月	日	発送日	年		

FAX送信枚数	枚
---------	---

FAX送信先 06-6641-3823

医療法人 聖授会OCAT予防医療センター (9:00AM~6:00PM/第2・4土日祝 休)
お問合せはフリーダイヤル 0120-728-797

No.1 ■お届け先記入欄 (お届け先が2件以上の場合は、No.2のお届け先一覧にご記入ください。)

フリガナ		
お名前 (法人の方は法人名)		様
★部署名		
★ご担当者名		様
お電話番号	()	—
フリガナ		
ご住所	都 道	府 県
宿泊[有]総合がん健診コース	338,000円×	枚= 円
宿泊[無]総合がん健診コース	309,000円×	枚= 円
総合がん健診コース	187,000円×	枚= 円
標準がん健診コース	155,000円×	枚= 円
基本がん健診コース	95,000円×	枚= 円
送料 (No.2の送料をご覧ください)		円
合計金額 (健診コース費用合計+送料)		合計枚数 枚 円