

ギフト券購入申込書

※太枠のみご記入お願いいたします。

申込日：令和 年 月 日

フリガナ				性別
申込者				男 ・ 女
申込者住所	〒			
申込者 連絡先TEL	- - (日中連絡が取れる番号)			
購入希望 (右側に個数を記入)	コース	料金(税込)	個数	合計(税込)
	①日帰り人間ドック(男性)	46,200円		
	②日帰り人間ドック(女性)	49,500円		
	③一泊人間ドック(男女共通)	68,200円		

【料金お振込先】

足利銀行 本店 普通 No29348
 栃木銀行 本店 普通 No6930421

オンシザイダンサイセイカイウツノミヤビョウイン
 □座名義 恩賜財団済生会宇都宮病院
 インチョウ ノマ シゲタカ
 院長 野間 重孝

申込みから7日以内に、上記お申込者様のお名前でお振込みをお願いいたします。
 (手数料はお申込み者様負担となります)
 7日以内にお振込みが確認できない場合は、申し込みキャンセルとさせていただきます。
 ギフト券はお振込み確認後発送させていただきますので了承お願い申し上げます。

済生会宇都宮病院 健診センター

お問い合わせ・ご予約： TEL028-626-5540 FAX028-626-5575

お電話受付時間： 月～金 9時～17時

病院記入欄	最終確認	発送	入金確認	申込確認	受付
	/	/	/	/	/

ギフト券番号
G-