

FAX 03-3344-8809

ドラマチックリゾートクラブ事務局 TEL0120-548-330

受付時間：月～金曜日 / 9:00～18:00

PET 検診申込み書

提携先名	ドラマチックリゾートクラブ 会員様専用		
受診医療機関名	ゆうあいクリニック（神奈川県横浜市港北区北新横浜 1-6-2）		
受診希望コース	プレミアムコース スタンダードコース	アンチエイジングコース レディースコース	フォローアップコース ベーシックコース
ドラマチックリゾート会員番号	0 7 2 2 - - -		
フリガナ		性 別	男 女
会員氏名			

フリガナ			
受診者氏名 (会員氏名と異なる場合のみ ご記入ください)			
生 年 月 日	大正 昭和 平成 年 月 日生まれ（ 才）		
自 宅 住 所	〒 -		
自 宅 電 話 番 号	- -	携 帯 電 話 番 号	- -
日 中 連 絡 先	自宅 携帯 その他（ ） - -		
糖 尿 病	あり なし	体 内 金 属	あり なし
受 診 希 望 日	第 1 希 望	平成 年 月 日 午前 午 後	
	第 2 希 望	平成 年 月 日 午前 午 後	
診断結果送付先 (いずれか1つ)	ご自宅 その他（指定送付先 ） 当欄は必ず受診者本人によるご記入または受診者の同意を得ているものといたします。		
備 考			

【個人情報の取り扱いについて】

本申込書記載の個人情報は、検診の予約、受診確認および当クリニックからの案内やサービスの提供等に利用します。また、お預かりした個人情報は法令等を遵守し、責任をもって管理いたします。

個人情報の取り扱いに関するお問い合わせ（苦情や相談など）および内容の確認、変更のご連絡等は下記窓口で承ります。

お問い合わせ先

ゆうあいクリニックコールセンター TEL045-540-8216

受付時間：9：00am～5：30pm（日曜・祝祭日を除く）