

申込先:メディファクトクラブ  
FAX:03-5798-2448

申込日 年 月 日

## 検診申込書

### 1 検診場所 〒102-0094

東京都千代田区紀尾井町4-1 ホテルニューオータニガーデンタワー  
東都クリニック

### 2 検診メニュー

選択	検診コース
	スーパープレミアムコース(1泊2日) (宿泊先:ホテルニューオータニ)
	スーパードックコース(日帰り)
	半日ドックコース
	簡易脳ドック

### 3 検診ご希望日

第一希望	年 月 日
第二希望	年 月 日
第三希望	年 月 日

注1)日祝祭日は休診日です

注2)1泊2日ドックは休前日を除きます

### 4 お申込人

MFC IDコード <sup>®</sup>				
ふりがな				
氏名		性別	男	女
生年月日	大・昭	年	月	日
御住所				
電話番号				
FAX				
勤務先名				

#### <お問合せ先>

メディファクトクラブ事務局



〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-8-6 共同ビル6F

FAX: 03-5798-2448

Eメール: support@medifact.co.jp

URL: http://www.medifact.co.jp