

FAXでのご予約の場合、  
Tポイントは付与されませんのでご注意ください。

人間ドックの予約なら  
MRSO [マーン]

FAX 03-3433-5311  
TEL 0570-050-109

FAX注文用紙

※FAX確認後、医療施設からの確認のお電話を待ちまして正式にご予約となります。

※ は記入が必須の項目です。 万が一、3営業日以上ご連絡がない場合はお手数ですが上記フリーダイヤルまでご連絡ください。

ご依頼日: 年 月 日	
枚目 / 全	枚中

■ 1人目の受診者様の情報を記入して下さい。									
受診者情報1	※ フリガナ				※ 携帯電話番号:				
	※ 氏名				日中に連絡可能な番号				
〒	※ ご住所				※ e-mail:		(確認メールが届きます)		
※ 性別	男性・女性	※ 生年月日	西暦	年	月	日	※ 年齢	歳	
施設からのご案内		受け取る・受け取らない	マーンからのご案内		受け取る・受け取らない	招待コード			
■ 1人目の受診者様のご希望される医療機関とプラン名を記入して下さい。									
※ 医療機関名									
※ プラン名									
※ 受診希望日 <第1希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
※ 受診希望日 <第2希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
※ 受診希望日 <第3希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
オプション									

備考欄	
-----	--

■ 2人目の受診者様の情報を記入して下さい。ご夫婦でのお申込みなど、1人目と同じ連絡先・住所の場合はフリガナ・氏名・性別・生年月日・年齢をご記入下さい。									
□ 1人目と同じ携帯電話番号、email、ご住所にて手続き (該当の場合はチェック)									
受診者情報2	※ フリガナ				※ 携帯電話番号:				
	※ 氏名				日中に連絡可能な番号				
〒	※ ご住所				※ e-mail:				
※ 性別	男性・女性	※ 生年月日	西暦	年	月	日	※ 年齢	歳	
施設からのご案内		受け取る・受け取らない	マーンからのご案内		受け取る・受け取らない	招待コード			
■ 2人目の受診者様のご希望される医療機関とプラン名を記入して下さい。									
□ 1人目と同じ医療機関・プラン・受診希望日にお申込み。(受診希望日やオプションが違う場合は、ご希望をご記入下さい)									
※ 医療機関名									
※ プラン名									
※ 受診希望日 <第1希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
※ 受診希望日 <第2希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
※ 受診希望日 <第3希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
オプション									

備考欄	
-----	--

■ 3人目の受診者様の情報を記入して下さい。ご夫婦でのお申込みなど、上記と同じ連絡先・住所の場合はフリガナ・氏名・性別・生年月日・年齢をご記入下さい。									
□ 1人目と同じ携帯電話番号、email、ご住所にて手続き □ 2人目と同じ携帯電話番号、email、ご住所にて手続き									
受診者情報3	※ フリガナ				※ 携帯電話番号:				
	※ 氏名				日中に連絡可能な番号				
〒	※ ご住所				※ e-mail:				
※ 性別	男性・女性	※ 生年月日	西暦	年	月	日	※ 年齢	歳	
施設からのご案内		受け取る・受け取らない	マーンからのご案内		受け取る・受け取らない	招待コード			
■ 3人目の受診者様のご希望される医療機関とプラン名を記入して下さい。									
□ 1人目と同じ医療機関・プラン・受診希望日にお申込み。(受診希望日やオプションが違う場合は、ご希望をご記入下さい)									
□ 2人目と同じ医療機関・プラン・受診希望日にお申込み。(受診希望日やオプションが違う場合は、ご希望をご記入下さい)									
※ 医療機関名									
※ プラン名									
※ 受診希望日 <第1希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
※ 受診希望日 <第2希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
※ 受診希望日 <第3希望> (医療機関の電話にて正式予約になります)		年	月	日	希望時間 (医療機関の電話にて正式予約になります)				
オプション									

備考欄	
-----	--