

FAX番号は正しいですか？  
第三者への誤送信がないようくれぐれもご注意ください。

Form:R



※この申込書はコピーしてご利用ください。

リソル予約センター行

|     |                 |
|-----|-----------------|
| FAX | 東京 03-6758-5520 |
|-----|-----------------|

## 人間ドック申込書

リソルクリニック

※1 太枠内をもれなくご記入ください。  
※2 本申込書受付後、申込み内容に不備があった場合のみリソル予約センターよりご連絡を差しあげます。

|      |              |          |            |             |   |   |
|------|--------------|----------|------------|-------------|---|---|
|      |              | お申込日     |            | 年           | 月 | 日 |
| お申込人 | フリガナ<br>会員氏名 | 会員番号     |            | ※必ずご記入ください。 |   |   |
|      | ご自宅住所        | 〒        |            | E-mailアドレス  |   |   |
|      | TEL./FAX.    | TEL. ( ) | / FAX. ( ) |             |   |   |
|      | 所属企業(団体)     | 部署名      |            |             |   |   |

|        |                       |   |                                |                    |                 |
|--------|-----------------------|---|--------------------------------|--------------------|-----------------|
| ご利用代表者 | ご利用代表者名               | 会員との続柄  | 生年月日                           | ※RESOL記入欄<br>利用料金: |                 |
|        | 代表者<br>ご連絡先           | ( )   | ご連絡の取れる時間帯<br>(10:00~17:00の間で) | :                  | ~ :             |
|        | 検査キットなど<br>事前書類郵送先    | 〒 (自宅) ※上記と異なる場合のみご記入ください。(ご郵送先は会員様ご本人のご自宅に限ります。) |                                |                    |                 |
|        | 保険者名称<br>(所属健康保険組合名称) |   |                                |                    | リソルクリニック<br>受診歴 |
|        | 保険者証記号                | 保険者証番号  |                                | 有・無                |                 |
| 同伴者    | ご利用者名                 | 会員との続柄  | 生年月日                           | ※RESOL記入欄<br>利用料金: |                 |
|        | 検査キットなど<br>事前書類郵送先    | 〒 (自宅) ※上記と異なる場合のみご記入ください。                        |                                |                    |                 |
|        | 保険者名称<br>(所属健康保険組合名称) |   |                                |                    | リソルクリニック<br>受診歴 |
|        | 保険者証記号                | 保険者証番号  |                                | 有・無                |                 |

|       |   |  |   |  |                                |
|-------|---|--|---|--|--------------------------------|
| お申込内容 | ご予約日  | 受診日: 月 日 ( )                             | 利用人数                                      |  |                                |
|       | コース   | メニューNo.630013 半日人間ドック(胃カメラ) [37,400円]    |   |  |                                |
|       | オプション<br>(複数選択可)                            | <input type="checkbox"/> CEA             | <input type="checkbox"/> PSA              | <input type="checkbox"/> CA19-9            | <input type="checkbox"/> CA125 |
|       | <input type="checkbox"/> ヘリコバクター<br>ピロリ抗体検査 | <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸<br>症候群検査 | <input type="checkbox"/> トレッドミル運動<br>負荷試験 | <input type="checkbox"/> 管理栄養士による<br>食生活相談 |                                |

※事前にリソルクリニックへご予約のうえ、お申込みください。

|    |                        |
|----|------------------------|
| 備考 | その他ご要望がございましたらご記入ください。 |
|----|------------------------|

施設回答欄

|  |
|--|
|  |
|--|

リソル予約センター処理欄

|       |    |    |
|-------|----|----|
| 回答    | 連絡 | 受付 |
|       |    |    |
| 受付No. |    |    |

### <個人情報の取扱いについて>

お預かりしました個人情報は、お申込みの手配に必要な範囲内のみにおいて使用し、ご本人の承諾なしに第三者(弊社と契約を締結した業務委託先を除く)に提供することはありません。リソルライフサポート(株)が定める(ホームページ<https://www.fukuri-resol.jp>)に記載の「プライバシーポリシー」を必ずお読みいただき、お申込みください。

### ■個人情報に関するお問合せ先

〒160-0023 東京都新宿区西新宿6-24-1 西新宿三井ビルディング12階 リソルライフサポート株式会社 個人情報保護相談窓口 E-mail : [privacy-rls@resol.jp](mailto:privacy-rls@resol.jp)