

# 身体メンテナンス! 人間ドック(1泊2日)

人間ドックで身体の状態をチェックして、ウィークポイントを探してみましょう。

人間ドック後は好きなリソル生命の森オリジナルのオプション  
(テニス、スイミング、ゴルフ、ランニング、ターザニアなど)をどうぞ!



**受診期間:2016/10/25(火)~2017/3/31(金)**

**1泊3食付 おとな1名様**

**49,668円~**

※年末年始:12/31~1/3を除く。  
※エアロビクスクリニックの休診日を除く。  
※人間ドックを受信する場合、受診内容によっては前日、  
当日の注意事項がございます。



## スケジュール

## Schedule

1  
日目

診断



**8:30~**

エアロビクスクリニックで  
人間ドック受診。

昼食



**11:30~**

栄養士が監修したヘルシー弁当で  
食を見直しましょう!

診察



**14:45~**

人間ドック、午後の個別面談開始。  
普段聞けない体のことを  
詳しく知る機会です!

夕食



**17:00~**

一日お疲れ様でした!  
国の登録有形文化財である、  
和食処 翠州亭で  
会席料理に舌鼓。

2  
日目

朝食



**7:00~**

ホテルの朝食ビュッフェを楽しめます。  
石窯を使った料理をご堪能ください。

アクティビティ(オプション)



ゴルフ・テニス・フィットネス・ダンス・ターザニアなど  
リソル生命の森の様々なアクティビティ、お風呂をお楽しみください。

ご自身の健康、“楽しく”チェックしてますか？都会のビルの中でせわしく受ける人間ドックはつまらない！  
 だったらリゾートでゆったりと人間ドックを受けて、翌日は好きなスポーツやアクティビティはいかがでしょう？  
 リソル生命の森では併設したエアロビクスクリニックで人間ドックを受けていただき、  
 夜は会席膳をお召し上がりいただき、翌日はゴルフプレーができるプランをご用意しました！  
 都会の喧騒から離れてゆったりとんびり人間ドックを受けたい方は是非お申込みください。

## プラン内容

- 宿泊／ログハウスまたはホテルトリニティ書斎 ■ 昼食／栄養士監修 ヘルシー弁当  
 ■ 夕食／和食処 翠州亭 会席御膳 ■ 朝食／レストラン ブローニュ 和洋ビュッフェ ■ 人間ドック

## プランスケジュール

### ■1日目

- 08:30 エアロビクスクリニックにて受付・人間ドック。  
 ○11:30 国の登録有形文化財である和食処 翠州亭にてヘルシー弁当をお召し上がりください。  
 ○12:30 大浴場、リラクゼーション、スポーツ施設(オプション)をお楽しみください。 ※オプション リラクゼーション2,160円～  
 ○14:45 医師による個別面談。普段聞けない身体のことを詳しく知る機会です。  
 ○17:00 国の登録有形文化財である和食処 翠州亭で会席膳に舌鼓。

### ■2日目

- 7:00 レストラン ブローニュの朝食ビュッフェは焼きたてパンがおすすめです。  
 ※チェックアウト後、リソル生命の森の様々なアクティビティ、プログラムなどをお楽しみください(オプション)

## お食事

### ■ご昼食 和食処 翠州亭

【時間】11:00～15:00(最終入店14:00) 【場所】和食処 翠州亭  
 1食の合計が680Kcalになるよう管理栄養士がコーディネートしたヘルシー弁当をお召し上がりください。

### ■ご夕食 和食処 翠州亭

【時間】17:00～、19:30～の2部制となります。 【場所】和食処 翠州亭  
 国の登録有形文化財にも登録されている純和風の建物と、枯山水の庭園を眺めながら、上質なひとときをお過ごしください。  
 外房の地魚や地元の野菜を使い、四季折々の会席料理をご用意します。

### ■ご朝食 レストラン ブローニュ

【時間】7:00～9:30 【場所】ホテルトリニティ書斎3階 レストラン ブローニュ  
 スクラブルエッグ、シリアル、サラダ、フルーツなどの洋食メニューはもちろん、お粥や焼き魚などの和食メニューも豊富な和洋ビュッフェです。  
 ※ご宿泊状況により朝食会場が変更になる場合がございます。

## エアロビクスクリニック診療日程表

※最新の診察日につきましては、こちらのHPをご覧ください。  
<http://www.seimei-no-mori.com/info/#clinic>

2016年10月

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    |    |    | 1  |
| 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  | 8  |
| 休診 | 休診 |    |    |    |    |    |
| 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
|    | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 休診 | 休診 |    |    |    | 休診 |    |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |
|    | 休診 | 休診 |    |    |    |    |

2016年11月

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
| 6  | 7  | 8  | 9  | 10 | 11 | 12 |
|    | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 休診 | 休診 |    |    |    | 休診 |    |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|    | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 27 | 28 | 29 | 30 |    |    |    |
| 休診 | 休診 |    |    |    |    |    |

2016年12月

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
|    |    |    |    | 1  | 2  | 3  |
| 4  | 5  | 6  | 7  | 8  | 9  | 10 |
|    | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 休診 | 休診 |    |    |    |    |    |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|    | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |
| 休診 | 休診 |    |    | 休診 | 休診 | 休診 |

2017年1月

| 日  | 月  | 火  | 水  | 木  | 金  | 土  |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |
| 休診 | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 8  | 9  | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 休診 | 休診 |    |    |    |    |    |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 休診 | 休診 | 休診 |    |    |    |    |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 休診 | 休診 |    |    |    |    |    |
| 29 | 30 | 31 |    |    |    |    |
| 休診 | 休診 | 休診 |    |    |    |    |

## 料金表

2016/10/25(火)～2017/3/31(水) ※年末年始：12/31～1/3を除く

### ●ログハウス

|        | 10/25～10/31 | 12/1～12/30     | 1/4～3/19 | 11/1～11/30 | 3/20～3/31      |
|--------|-------------|----------------|----------|------------|----------------|
|        | 1名様利用時      | 2名様利用時(お一人様料金) |          | 1名様利用時     | 2名様利用時(お一人様料金) |
| 日～金・休日 | 52,268円     | 49,668円        |          | 54,268円    | 51,668円        |
| 土・休前日  | 52,468円     | 49,668円        |          | 55,468円    | 52,668円        |

### ●ホテルE／B／Cタイプ

|        | 10/25～10/31 | 12/1～12/30     | 1/4～3/19 | 11/1～11/30 | 3/20～3/31      |
|--------|-------------|----------------|----------|------------|----------------|
|        | 1名様利用時      | 2名様利用時(お一人様料金) |          | 1名様利用時     | 2名様利用時(お一人様料金) |
| 日～金・休日 | 57,868円     | 51,668円        |          | 59,868円    | 53,668円        |
| 土・休前日  | 58,668円     | 51,668円        |          | 61,668円    | 54,668円        |

### ●ホテルDタイプ

|        | 10/25～10/31 | 12/1～12/30     | 1/4～3/19 | 11/1～11/30 | 3/20～3/31      |
|--------|-------------|----------------|----------|------------|----------------|
|        | 1名様利用時      | 2名様利用時(お一人様料金) |          | 1名様利用時     | 2名様利用時(お一人様料金) |
| 日～金・休日 | 58,868円     | 52,668円        |          | 60,868円    | 54,668円        |
| 土・休前日  | 59,668円     | 52,668円        |          | 62,668円    | 55,668円        |

※表示価格は税込料金です。※料金詳細につきましては、お問い合わせください。

ご予約は次のページのお申し込み書2枚をFAXでお送りください。

# エアロビクスクリニック

TEL.0475(35)2222 受付時間 9:00～18:00  
 〒297-0201 千葉県長生郡長柄町上野521-4

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。

|      |                      |
|------|----------------------|
| プラン名 | 身体メンテナンス!人間ドック(1泊2日) |
|------|----------------------|

※この申込書はコピーしてご利用ください。

|                  |
|------------------|
| エアロビクスクリニック行     |
| FAX 0475-35-2225 |

|                           |
|---------------------------|
| 人間ドック申込書                  |
| リソル生命の森 エアロビクスクリニック 人間ドック |

※1 太枠内をもちろんご記入ください。  
※2 本申込書受付後、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>氏名 |            |            |   |   |
|          | 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<br>取れる<br>時間帯<br>(9:30~17:00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。(ご郵送先は原則会員様ご本人に限ります。) |        |        |                                       |   |                    |
|        | 保険者名称<br>(所属健康保険組合名称) |                                               |        |        |                                       |   | 生命の森人間ドック<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) |                                               |        |        |                                       |   | 生命の森人間ドック<br>受診歴   |
|        | 保険者証記号                |                                               |        | 保険者証番号 |                                       |   | 有 ・ 無              |

|       |            |                                        |      |  |
|-------|------------|----------------------------------------|------|--|
| お申込内容 | ご利用希望日①    | 受診日: 月 日 ( )                           | 利用人数 |  |
|       | ご利用希望日②    | 受診日: 月 日 ( )                           | 利用人数 |  |
|       | 体力測定(1回無料) | 利用する ・ 利用しない ※時期によってご利用いただけない場合がございます。 |      |  |
|       | 備考         | その他ご要望がございましたらご記入ください。                 |      |  |

エアロビクスクリニック TEL.0475 (35) 2222 受付時間 9:00~18:00

|       |             |
|-------|-------------|
| 施設回答欄 | 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。  
リソルホールディングス様が定める巻末-3または(ホームページhttp://www.lifesc.com)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  
TEL.03-3344-8813(9:00~18:00/土日祝・年末年始除く) E-mail:privacy@resol.jp

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。

|      |                      |
|------|----------------------|
| プラン名 | 身体メンテナンス!人間ドック(1泊2日) |
|------|----------------------|

※この予約申込書はコピーしてご利用ください。

エアロビクスクリニック行

|     |              |
|-----|--------------|
| FAX | 0475-35-2225 |
|-----|--------------|

|               |
|---------------|
| 予約申込書(宿泊/ゴルフ) |
| 宿泊施設・ゴルフ場     |

※1太枠内をもれなくご記入ください。 ※2本申込書受付後、予約センターよりご連絡を差しあげます。

|               |                   |  |                                          |   |   |
|---------------|-------------------|--|------------------------------------------|---|---|
| フリガナ<br>代表者氏名 |                   |  |                                          |   |   |
| ご自宅住所         | 〒                 |  |                                          |   |   |
|               |                   |  | E-mailアドレス                               |   |   |
| ご連絡先          | ( )               |  | ご連絡の<br>取れる<br>時間帯<br>(9:30~17:00の間で)    | : | 頃 |
|               | 〔自宅・会社〕           |  |                                          | : | 頃 |
| 携帯電話          | ※緊急の連絡のためご記入ください。 |  |                                          |   |   |
| 書類等<br>ご郵送先   | 〒                 |  |                                          |   |   |
|               | 〔自宅・会社・その他〕       |  | ※上記と異なる場合のみご記入ください。(ご郵送先は原則会員様ご本人に限ります。) |   |   |

|        |                  |                     |                   |            |      |
|--------|------------------|---------------------|-------------------|------------|------|
| 宿<br>泊 | ご希望施設名           | 第1希望                | 施設名<br>ホテルトリニティ書斎 | 部屋タイプ      | ( 室) |
|        |                  |                     | ログハウス             |            |      |
|        |                  | 第2希望                | 施設名<br>ホテルトリニティ書斎 | 部屋タイプ      | ( 室) |
|        |                  |                     | ログハウス             |            |      |
|        | ご利用日(第1希望)       | 年 月 日( ) ~ 年 月 日( ) | 泊 日               | ご同行者の続柄記載欄 |      |
|        | ご利用日(第2希望)       | 年 月 日( ) ~ 年 月 日( ) | 泊 日               | お名前        |      |
| 泊      | ご利用人数            | おとな                 | 名(男性 名(女性 名)      | 計 名        |      |
|        |                  | 小人(4才~小学生)          | 名                 |            |      |
|        |                  | 幼児<br>(0~3才)        | ( )才 寝具 要・不要 名    |            |      |
|        |                  | ( )才 寝具 要・不要 名      |                   |            |      |
| 交通手段   | お車・電車(バス)・その他( ) |                     | チェックイン<br>時 間     | :          | 頃    |

※プランにゴルフが含まれる場合はご記入ください。

|             |         |          |  |                |              |        |
|-------------|---------|----------|--|----------------|--------------|--------|
| ゴ<br>ル<br>フ | ご希望コース名 | 第1希望     |  | ご 利 用<br>人数・組数 | 人 組          |        |
|             |         | 第2希望     |  |                | キャディ         | キャディ付き |
|             | ご 利 用 日 | 年 月 日( ) |  |                | スタート<br>希望時間 | :      |

|        |                                |
|--------|--------------------------------|
| 備<br>考 | その他、オプションなどで要望がございましたらご記入ください。 |
|        |                                |

|        |           |     |     |     |
|--------|-----------|-----|-----|-----|
| 新<br>規 | 予約センター処理欄 |     |     |     |
|        | 証明書発行     | 回 答 | 転 送 | 受 付 |
| 変<br>更 |           |     |     |     |
|        |           |     |     |     |

エアロビクスクリニック TEL.0475 (35) 2222 受付時間 9:00~18:00

<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して使用し、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。  
リソルホールディングス(株)が定める巻末-3または(ホームページhttp://www.lifesc.com)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  
TEL.03-3344-8813(9:00~18:00/土日祝・年末年始除く) E-mail:privacy@resol.jp