

 徳島大学病院メディカルツーリズム（旅行社用）FAX 予約票

FAX: 088-633-7589

TEL: 088-633-7587

第 1 希望	年	月	日（金曜日）
第 2 希望	年	月	日（金曜日）

オプション希望 に○を付けて下さい。

（ 遺伝子検査 ・ PET-CT ・ アディポネクチン検査 ・ 歯科検診口腔清掃コース ）

旅行社名 [ ]

責任者名 [ ]

電話番号 [ ]

FAX 番号 [ ]

Email : [ ]

検診者名                      名前                      生年月日                      性別                      携帯番号

名前 [ ]

名前 [ ]

名前 [ ]

名前 [ ]

---

徳島大学病院メディカルツーリズム（旅行社用）FAX 予約票 返信用

FAX: 088-633-7589

TEL: 088-633-7587

様

下記の日程で予約を確認させて頂きました。

年	月	日（金曜日）
---	---	--------

ご不明な点は、徳島大学糖尿病臨床・研究開発センターまでお問い合わせください。

検診 2 週間前に「メディカルツーリズム事前アンケート票」を FAX : 088-633-7589 にて送ってください。

FAX: 088-633-7589    TEL: 088-633-7587