血液サラサラチェック血管年齢申込書

年　　月　　日

ふりがな	
担当者職氏名	
所属機関・課	
住所	〒
電話番号	（　　）
ｅﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ	
メニュー	①　　名　②　　名　③　　名　合計　　名
追加プラン	・　　・
実施希望日第一希望	
実施希望日第二希望	
実施希望日第三希望	
法人以外のグループの場合は下記にもご記入下さい。	
ふりがな	
代表者氏名	
代表者住所	

※ ①血液サラサラチェックのみ②血液サラサラチェック＋追加１つ

※ ③血液サラサラチェック＋追加２つ

申込書の送付先：

〒712-8046　岡山県倉敷市福田町古新田１２１４－１７株式会社健康日本総合研究所

０８６－４５４－０２２２　　FAX０５０－３５８８－６０６７

info22＊@kenkounihon.co.jp　＊をはずしてメールしてください。