



新井眼科クリニック
FAX 011-785-4131

眼科ドックギフト券申込書

送信日 年 月 日

フリガナ	
申込者氏名	
申込者住所	〒
電話番号	() - 携帯番号 - -
希望のコース	総合コース 緑内障コース (希望のコースを○で囲む)
購入枚数	枚
振込み金額 (別振込み手数料)	円

【 総合コース …… 10,500円 】
【 緑内障コース …… 7,350円 】

お支払い先振込口座

銀行名、支店名、口座番号

北海道銀行 札苗支店 普通預金 No. 0715416

口座名

医療法人社団 新井眼科クリニック

理事長 新井 勉