※コピーしてお使い下さい。

遺伝子検査申込書

平成　　年　　月　　日

一般財団法人鳥取市中小企業
勤労者福祉サービスセンター　様

会員番号					ー			

事業所名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

会員氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

◎下記の通り、遺伝子検査を申込みます。

検査種類 （サービス内容）	運動＆栄養プログラム（62 種の遺伝子検査と生活改善ポイント）
検査料金	33，０００円（税別）
希望医療機関 （○で囲んで下さい）	① 公益財団法人 鳥取県保健事業団（鳥取市富安2丁目94番地4） TEL　0857-23-4841 ② 医療法人健章会 鳥取北クリニック（鳥取市賀露町461番地） TEL　0857-32-7111
検査希望日	平成　　年　　月　　日（　）
連絡先 （昼間連絡のつく所）	
備考	

※・ひまわりセンターが医療機関と日程調整後、ご指定の連絡先にご連絡いたします。
・検査希望日の２週間前までにはこの申込書を提出してください。
・この申込書でお申込みいただいてない場合は会員価格にはなりません。
・検査当日は必ず会員証をお持ちください。

処理	局長	担当	合議

受付印

※提出は、直接窓口持参または郵送で（FAX 不可）

〒680-0031　鳥取市本町３丁目 201 番地　鳥取産業会館・鳥取商工会議所ビル１Ｆ