

三朝温泉現代湯治「体のケアプラン」申込書

希望コース ○で囲んでください	腰痛ドック①・腰痛ドック②(骨密度検査)・脊椎ドック・痛み相談コース				
フリガナ				生年月日	
氏名				(大正・昭和・平成)	
				年 月 日	
住所	都・道	市・区	電話番号		
	府・県	郡	FAX番号		
	町・村		携帯番号		
希望日	【腰痛・脊椎ドック実施日】木曜日午後 【痛み相談コース】月～金曜日午後				
	第一希望	年	月	日	時
	第二希望	年	月	日	時
	第三希望	年	月	日	時

必ずお読みくださいませ

- ・三朝温泉病院へは直接申込はできません
- ・この申込書にご記入いただいた個人情報の利用目的は以下のとおりです
 ■診療録(カルテ)作成のため ■「体のケアプラン」に係わる業務の遂行に必要な範囲
 ※上記以外での目的では使用致しません
- ・お預かりした個人情報は、三朝温泉病院と三朝温泉観光協会がそれぞれ管理・取扱い致します。

**上記の申込書にご記入の上、希望日の2週間前までに
三朝温泉観光協会へFAX又は送付して下さい。**

三朝温泉観光協会 FAX.0858-43-0430 TEL.0858-43-0431
 〒682-0123 鳥取県東伯郡三朝町三朝973-1 【営業時間】8:30～17:30