

申込書

申込日 平成 年 月 日

検査実施者ID番号： 氏名： (男性 ・ 女性)

生年月日 T・S・H 年 月 日

身長 cm / 体重 kg / 血液型 型

住所 〒

電話番号

持病の有無 (すべてご記入ください)

アレルギーの有無 (薬のアレルギーも含む)

現在愛用の商品 (商品名と1ヶ月の使用量もご記入ください) 例：アモルファス 1個/1ヶ月

検査種類

がんリスク チェック

10,000 円 (税込)

体内栄養素・有害重金属検査

15,000 円 (税込)

※検査結果は当社のデータとして保管・使用する事を予めご了承願います。ただし個人が特定される情報の公開は本人の許可無く行う事は一切ありません。

検査予定日 (※会社で記入します) 平成 年 月 日

紹介者ID： 紹介者名：