

矢印の方向へ
FAX してください。

アピデ株式会社 宛

FAX 番号

06-6943-1281

FAX番号はお間違い無いよう送信してください。

「モノ」(旧利用券送付型)メニューお申込みの場合

⇒ 平成31年3月29日(金)まででお申込みいただけます。
3月30日(土)以降のFAXは無効となります。

「コト」(旧利用券提出型)メニューお申込みの場合

⇒ 平成31年3月20日(水)まででお申込みいただけます。
3月21日(木)以降のFAXは無効となります。

各ページのメニュー右上にあるメニューコードを記入してください。

交換希望商品	メニューコード	メニュー名
	18KB -	

「こうべフリーチョイスプラン2018」オリジナル郵送検診キット お申込みの方は下記もあわせてご記入ください。(他のメニューでは使用できません)								
	A	B	C	D	E	F	G	H
	大腸がん	子宮頸がん	前立腺がん	肺がん	胃がん	クラミジア	膀胱がん	糖尿病
ご希望郵送検診を 2つチェックしてください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
同じ郵送検診を2つご希望の方はこちらを 1つチェックしてください	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【ご案内】 WEB 等で既に交換終了の場合はアピデ株式会社から確認のお電話が入ります。「コト」商品を選択された場合は「コト」メニューに使用できる利用券が約1週間で到着します。メニューによって申込み期間が決まっているものもございますのでご注意ください。

必ずご記入ください 必須

お申込み日 平成 年 月 日

会員様情報	フリガナ お名前								様
	お電話番号 (携帯番号)	()	-				
	職員番号						所属名		
	フリガナ ご住所	都 道 府 県			区 市 郡		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	番地・マンション 名など漏れのない ようにご記入 ください。								
	えらべる倶楽部 会員番号	6008 - 11 -							
メール アドレス (任意)	@								

メールアドレスをご記入いただいた場合、ご連絡が必要な場合にメールにてお問い合わせさせていただく場合がございます。

お届け先が会員様情報と異なる場合のみ以下にご記入ください 会員様ご自身への送付の場合は記入不要

お届け先様情報	フリガナ お名前								様
	フリガナ ご住所	都 道 府 県			区 市 郡		〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	番地・マンション 名など漏れのない ようにご記入 ください。								
	お電話番号 (携帯番号)	()	-				

ご記入いただいた個人情報は本件以外の目的には使用いたしません。