

(FAX : 0581-58-2312 e-mail :info@reborn-h.jp)

リボーン洞戸 申込書

ふりがな	
氏 名	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
電話番号	
携帯電話	
住 所	〒 -
生年月日	西暦 年 月 日
e-mail	
宿泊希望日	≪第1希望≫ 西暦 年 月 日 () から 月 日 () まで 泊 日
※空き状況を確認して、後日ご連絡を申し上げます。	≪第2希望≫ 西暦 年 月 日 () から 月 日 () まで 泊 日
同伴者様有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
ふりがな	
同伴者様氏名	<input type="checkbox"/> 男 ・ <input type="checkbox"/> 女
交通手段	<input type="checkbox"/> お車 ・ <input type="checkbox"/> 送迎希望につき相談したい (注) 送迎は、時間帯や人数に限りがございますので、別にスタッフから電話にてご相談をさせて頂きご案内いたします。
部屋タイプ	<input type="checkbox"/> シングル <input type="checkbox"/> ツイン (2名利用) <input type="checkbox"/> ツイン (1名利用) ※和・洋室の選択はお任せとなります。不都合がある場合はお知らせください。
がん経験の有無	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 同伴者様 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 友人 <input type="checkbox"/> その他 ()
診療(リボーン外来)希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※治療をご希望の方は診療が必要です。
オプション予約	<input type="checkbox"/> パーソナルセラピー 15分あたり2,000円
お申込みの目的	<input type="checkbox"/> がんではないが、がん予防に関心がある (初発予防) <input type="checkbox"/> がん治療の経験があり、再発予防に関心がある (再発予防) <input type="checkbox"/> がんが再発し、進行予防に関心がある (進行予防) <input type="checkbox"/> がん関連のセラピー医療介護に従事している(医療者又はセラピスト) <input type="checkbox"/> その他 ※ぜひ詳細をご記載ください。