



**REDAC Gateway Hotel**

**リダック ゲートウェイホテル**

20801 S. Western Ave, Torrance, CA 90501 U.S.A.

Tel +1-310-328-2800

Fax +1-310-328-2860

E-mail info@redachotel.com

E-mail http://www.redachotel.com

**宿泊ドックプラン 申込書**

お申込日 (年/月/日)		
お申込者	氏名	(漢字) (ローマ字)
	携帯電話	
	E-mail	
ご勤務先	会社名 (和名)	
	会社名 (英名)	
	住所	
	Tel	
	Fax	
お支払い方法		<input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> コーポレートチェック <input type="checkbox"/> 現金
人事ご担当者	氏名	(漢字) (ローマ字)
人間ドック受診人数		人
人間ドック 診察希望日 (月/日)	第1希望	
	第2希望	
	第3希望	

上段をご入力いただきましたら info@redachotel.com へご送信ください。

Providence より診察日等についての確認の連絡が入ります。

後日、人間ドック診察日が確定しましたら下段をご入力し、再度ご送信ください。

人間ドック診察確定日 (月/日)	
宿泊日程 (月/日)	チェックイン ~ チェックアウト
宿泊人数	人
お部屋タイプ	<input type="checkbox"/> シングルルーム (キングサイズベッド 1台) <input type="checkbox"/> ダブルルーム (フルサイズベッド 2台)
フライト情報	LA到着日時 (月/日) 時 分
	航空会社
どちらを通じて当プランをお知りになりましたか?	<input type="checkbox"/> Webサイト <input type="checkbox"/> ご友人 <input type="checkbox"/> 人事 <input type="checkbox"/> 同僚 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> DM/メールでの案内 <input type="checkbox"/> たびたび東洋 <input type="checkbox"/> その他 ( )

**【お申込の際のご注意】**

- ・ご予約後、Providenceより確認の連絡と問診表等を郵送致しますので、お客様のご住所・電話番号をProvidenceへ伝えさせていただきます。
- ・Providence側の都合により、当日の診察日程に変更が生じる場合がございます。その場合、当社は一切の責任を負い兼ねます。
- ・検査当日に妊娠中または妊娠の疑いのある方は検診できません。当日判明した場合に、取消料の対象となりませんのでご注意ください。
- ・検査前日深夜12時以降は食事はお摂りいただけず、朝食は権利放棄扱いとなります。これに伴う返金等はありませんので予めご了承ください。
- ・胃カメラ・大腸カメラの検査後は、車の運転は出来ません。またアスピリン系のお薬 (ADVIL/MOTRIN) や鉄剤などは検査前一週間はお飲みにならないでください。
- ・キャンセルの場合は、現地時間ホテルチェックイン (太平洋時間 午後3時) の24時間前までにご連絡ください。

ご記入後はE-mailにてご送信ください

**info@redachotel.com**