

お申込専用FAXシート

この度は弊社の遺伝子才能検査サービスをご利用いただきまして誠にありがとうございます。
 こちらの申込書にご記入の上、上記FAX番号宛までご返送ください。

■申込者の情報

| | | | |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------------------------------------------------|
| 申込みコース | <input type="checkbox"/> めばえコース <input type="checkbox"/> はぐくみコース | | |
| 提携クリニックでの 口内粘膜採取 | <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない | | |
| | 提携クリニック:大阪帝国ホテル内 再生医療センター | | |
| | <input type="checkbox"/> 口内粘膜採取のみ <input type="checkbox"/> カウンセリング(30分)及び口内粘膜採取 | | |
| お名前 | フリガナ _____ | | |
| メールアドレス | | 携帯メールアドレス | |
| ご住所 | □□□-□□□□ _____ | | |
| 電話番号 | | 携帯電話 | |
| 生年月日 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| お申込の動機 | | | |
| | | | |

■被験者の情報

| | | | |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------|
| お名前 | フリガナ _____ | | |
| お名前(ローマ字) | Last name(姓) | First name(名) | |
| 生年月日 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| お申込者との関係 | <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 祖父母 <input type="checkbox"/> 親権者 <input type="checkbox"/> 親戚 <input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> その他 <small>※ご本人・親権者以外の場合、同意書及び委任状が必要となります。</small> | | |
| お申込み動機 | <input type="checkbox"/> 雑誌広告 <input type="checkbox"/> インターネット広告 <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> その他 | | |