

# 多摩商工会議所行 [FAX 042-376-1188]

- ❖ 必ず、電話予約後にFAXにてお送りください。 氏名は楷書で丁寧に記入ください。
- ❖ こちらの申込書が控えになりますので保管をお願いいたします。

## 健康診断申込書

事業所名			
代表者名			
事業所所在地	〒		
電話番号		ご担当者名	

No.	フリガナ	性別	生年月日		受診日	時間帯	オプション検査						
	氏名		西暦	年			月	日	希望項目に○をして下さい				
1		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
2		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
3		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
4		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
5		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
6		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
7		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
8		男	西暦	年			A	B	C	D	E	F	G
		女	月	日									
※申込書が足りない場合はコピーしてご使用ください。							オプション 合計数						

・時間帯 ※時間帯は番号でご記入ください。

・オプション検査

- |          |          |          |
|----------|----------|----------|
| ① 9:00~  | ② 9:20~  | ③ 9:40~  |
| ④ 10:00~ | ⑤ 10:20~ | ⑥ 10:40~ |
| ⑦ 11:00~ | ⑧ 11:20~ | ⑨ 13:30~ |
| ⑩ 13:50~ | ⑪ 14:10~ |          |

(A) 大腸がん検査	2,200円
(B) ピロリ菌抗体価検査	2,000円
(C) ペプシノーゲン検査	3,000円
(D) 前立腺がん検査	2,500円
(E) 卵巣がん検査	3,000円
(F) 子宮・子宮内膜がん検査	2,500円
(G) 心不全リスク検査	5,400円

健康診断受診料合計 (小計①)	名×7,700円=	円	総合計金額	
オプション検査受診料合計 (小計②)		円	(小計①+小計②)	円

会議所使用欄

会員番号	受付番号	受付日	
------	------	-----	--