

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	

フリガナ 氏名	性別	生年月日	受診日	時間帯	オプション検査 <small>希望項目に○をして下さい</small>							
					A	B	C	D	E	F	G	
1	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
2	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
3	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
4	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
5	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
6	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
7	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 月 日										
8	男	西暦 年 月 日										
	女	西暦 年 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	
------	------	-----	--