

巡回健康診断 申込書

事業所名
担当者名

こちらの住所に書類をお届け致します。変更・訂正等がないかよくご確認ください。

332100001

住 所

一般健診実施日 10月6～7日 9:15～12:30 (15分間隔で受付)
※初日の6日は9:30からの受付になります。

電 話
F A X

生活習慣病健診実施日 10月8～10日 9:15～12:30 (15分間隔で受付)

※注意事項

- ご希望のコース又、追加検査希望者は○をつけてください。
- 記入は、**楷書**でわかりやすく記入してください。
- 受診日時につきましては、原則として当方で決めさせていただきますが特に希望がある場合は、下記又は個別にご記入ください。但し、ご希望にそえない場合もありますので、ご了承ください。

〆切り：8月17日(月) 厳守
追加検査の詳細は裏面です。料金は、消費税10%の税込となっております。

※一般健診 ¥5,358- 生活習慣病健診 ¥13,596-

受診されるコースを○で囲んで下さい。

番号	氏 名	フリガナ	性別	生年月日	コース	ご希望の検査○をつけてください。	希望受診日			金 額
							第1希望	第2希望	第3希望	
1			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
2			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
3			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
4			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
5			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
6			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
7			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
8			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
9			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
10			男・女	S・H 年 月 日	一般・生活	喀痰・血管・CEA・AFP・CA19-9・NSE・SCC・PSA・CA-125・CA15-3・ヘブシゲン・ヒロリ・BNP・亜鉛	/	/	/	円
要望事項							合 計			円

※ 事業主及び担当者の方へのお願い。

- 問診票等への記入、各コースへの注意事項・受診時間等を受診される従業員へ周知徹底をしていただきますようお願い申し上げます。
- 当日の電話番号 080-8868-7124 取得した個人情報、本事業の目的以外には利用しません。