

平成30年度生活習慣病予防健診申込書

ファックス 965-4445

平成30年 月 日

事業所名		事業所所在地		〒343-		
電話		担当				
1	ふりがな	男・女	基本検診			11,800円
	氏名		胃部検査方法をお選びください。	胃部間接撮影（バリウム）	A B C 検診（血液採取）	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	オプション検査 希望する項目に○をつけてください。			
	受診日時	第1希望 4月 日（ ）9時 10時 11時 第2希望 4月 日（ ）9時 10時 11時	肺がん検査	3,200円	A B C 検診	4,300円
	受診票・結果送付先(事業所と異なる場合、着払いです。) 〒 -		大腸がん検査	1,000円	腫瘍マーカー（男性）	5,400円
			乳がん検査	5,400円	腫瘍マーカー（女性）	5,400円
		肝炎ウイルス検査	2,100円	睡眠時無呼吸症候群検査	8,600円	
		腹部超音波検査	5,400円			
合計受診料 (基本検診+オプション検査)					円	
2	ふりがな	男・女	基本検診			11,800円
	氏名		胃部検査方法をお選びください。	胃部間接撮影（バリウム）	A B C 検診（血液採取）	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	オプション検査 希望する項目に○をつけてください。			
	受診日時	第1希望 4月 日（ ）9時 10時 11時 第2希望 4月 日（ ）9時 10時 11時	肺がん検査	3,200円	A B C 検診	4,300円
	受診票・結果送付先(事業所と異なる場合、着払いです。) 〒 -		大腸がん検査	1,000円	腫瘍マーカー（男性）	5,400円
			乳がん検査	5,400円	腫瘍マーカー（女性）	5,400円
		肝炎ウイルス検査	2,100円	睡眠時無呼吸症候群検査	8,600円	
		腹部超音波検査	5,400円			
合計受診料 (基本検診+オプション検査)					円	
3	ふりがな	男・女	基本検診			11,800円
	氏名		胃部検査方法をお選びください。	胃部間接撮影（バリウム）	A B C 検診（血液採取）	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	オプション検査 希望する項目に○をつけてください。			
	受診日時	第1希望 4月 日（ ）9時 10時 11時 第2希望 4月 日（ ）9時 10時 11時	肺がん検査	3,200円	A B C 検診	4,300円
	受診票・結果送付先(事業所と異なる場合、着払いです。) 〒 -		大腸がん検査	1,000円	腫瘍マーカー（男性）	5,400円
			乳がん検査	5,400円	腫瘍マーカー（女性）	5,400円
		肝炎ウイルス検査	2,100円	睡眠時無呼吸症候群検査	8,600円	
		腹部超音波検査	5,400円			
合計受診料 (基本検診+オプション検査)					円	
4	ふりがな	男・女	基本検診			11,800円
	氏名		胃部検査方法をお選びください。	胃部間接撮影（バリウム）	A B C 検診（血液採取）	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日	オプション検査 希望する項目に○をつけてください。			
	受診日時	第1希望 4月 日（ ）9時 10時 11時 第2希望 4月 日（ ）9時 10時 11時	肺がん検査	3,200円	A B C 検診	4,300円
	受診票・結果送付先(事業所と異なる場合、着払いです。) 〒 -		大腸がん検査	1,000円	腫瘍マーカー（男性）	5,400円
			乳がん検査	5,400円	腫瘍マーカー（女性）	5,400円
		肝炎ウイルス検査	2,100円	睡眠時無呼吸症候群検査	8,600円	
		腹部超音波検査	5,400円			
合計受診料 (基本検診+オプション検査)					円	