

# 健康診断申込書

事業所名		担当者	
住所	〒 -	電話	
		FAX	
		会員番号(上4桁)	

<b>Aコース</b>	7,600 円 (税込)	<b>Bコース</b>	3,240 円 (税込)	<b>Cコース</b>	17,500 円 (税込)
-------------	--------------	-------------	--------------	-------------	---------------

オプション(税込) 各コースに追加でお申し込みが可能です			
D	トルエン	有機溶剤検査  ※4項目全て受診される方は合計金額 より500円引きさせていただきます	3,200 円
E	キシレン		3,200 円
F	スチレン		3,200 円
G	ノルマルヘキサン		4,200 円
H	鉛検査		4,200 円
I	塵肺検査		3,200 円
J	★子宮頸がん検査		3,200 円
K	★便潜血検査		1,600 円
L	★腹部超音波検査		3,700 円
M	動脈硬化検査		3,200 円

採血オプション(税込) 各コースに追加でお申し込みが可能です			
N	骨量(骨粗しょう症)検査	女性専用	2,200 円
O	C型肝炎検査		2,000 円
P	★PSA(前立腺がん)検査	男性専用	2,300 円
Q	AFP(肝臓がん・肝硬変)検査		2,000 円
R	CEA(大腸がん・胃がん・膵臓がん)検査		2,000 円
S	BNP(心筋梗塞等の心疾患)検査		2,400 円
T	抗p53抗体(食道がん・大腸がん・乳がん)検査		2,800 円
U	膵臓・膵アミラーゼ(膵臓機能)検査		1,000 円
V	★ピロリ菌検査		1,300 円
W	NCC-ST-439(乳がん・膵臓がん・肺がん)検査		2,200 円
X	CA125(卵巣がん)検査	女性専用	2,600 円

※★印はCコースに含まれている検査項目です

※別紙各コースご案内もお読み下さい

受診者氏名	性	生年月日		受診希望日	初診の方は ○印をご記入下さい	基本コース 記号に○印を ご記入下さい	希望オプション 検査記号に○印をご記入下さい		基本コースと 追加検査の合計
		構成員番号	SH 年 月 日				D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円	
1	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
2	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
3	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
4	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
5	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
6	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
7	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
8	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
9	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		
10	男	SH 年 月 日	/		A B C	D E F G H I J K L M N O P Q R S T U V W X	円		

申込総枚数	/ 枚
-------	-----

合計金額	円
------	---