

巡回定期健康診断申込書

事業所名				担当者名			
所在地				地区センター ・ 巡回			
電話	()	F A X	()	希望日	/	AM・PM	

- ①右記をすべて記入してください。
 ②見本を参照に、受診者氏名等を記入してください。

- 健康診断料金の支払は、受診当日に現金集金とさせていただきます。代表者様がまとめてお支払くださいますよう、お願いいたします。
- 事業所受診人数が5名未満の場合、巡回健診はいたしかねますのでご了承ください。●表示価格は税込価格です。
- 有機溶剤に関して代謝物(J-1~J-4)をお申込みの場合、有機溶剤基本健診(J)もお申込みください。

FAX先:048-965-4445

《特殊健康診断》	A	じん肺	3,800	B	鉛	7,500	C	電離放射線	2,700
	D	石綿	4,500	E	重クロム酸・クロム酸	2,700	F	硫酸・硝酸・塩酸	2,400
	G	騒音	3,200	H	紫外線・赤外線	2,700	I	VDT作業	3,200
	J	有機溶剤基本健診	2,100	J-1	トルエン	1,600	J-2	ノルマルヘキサン	5,400
	J-3	キシレン	1,300	J-4	1.1.1トリクロロエタン	2,800	他溶剤		2000~
《オプション検査》	1	ペプシノゲン(胃)	3,200	2	PSA(前立腺)	2,500	3	CA125(卵巣・子宮)	1,700
	4	NT-proBNP(心不全マーカー)	3,000	5	消化器腫瘍マーカー三種セット	6,000	6	便潜血検査2日法(大腸)	1,600

6名以上申し込む場合、この用紙をコピーしてください。

フリガナ	性別	生年月日	一般定期健康診断	特殊健康診断	オプション検査
			¥7,300	受診される種類の記号A~Jを記入してください。	希望される種類の番号1~6を記入してください。
見本 ヤマダ タロウ 山田 太郎	男	S H 55年 5月 5日	○	B・D・E	1・3・6
		S H 年 月 日	○		
		S H 年 月 日	○		
		S H 年 月 日	○		
		S H 年 月 日	○		
		S H 年 月 日	○		