

健康診断申込書

事業所 _____

住 所 _____

代表者名 _____

健康診断受診者名簿

※胃部レントゲン有の方は午前受付のみです。

番号	フリガナ	性別	生年月日	基本検診(いずれかに○)		備 考
	氏 名			胃レントゲン 有13,600円	胃レントゲン 不要9,200円	
記入例	イチノミヤ イチロウ 一宮 一郎	男 女	昭 平 西曆 1995 年 11 月 11 日	○		有機 キシレン PSA ピロリ (旧姓 山田)
1		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
2		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
3		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
4		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
5		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
6		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
7		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
8		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
9		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			
10		男 女	昭 平 西曆 年 月 日			

○基本検診は15項目(13,600円)ですが、胃部レントゲン検査を受けない方は14項目となります。(9,200円)

○備考欄の記載について

・有機溶剤検査(アセトンのみ含む)を希望する方は、「有機」と記入。

また、有機溶剤の別途検査(トルエン、キシレン)を希望の方は「有機」と「トルエン」または、「キシレン」と記入して下さい。

・PSA検査を希望する方は、「PSA」とヘリコバクターピロリ抗体検査を希望する方は、「ピロリ」と記入して下さい。

※申込書が不足する場合はコピーして下さい。商工会HPからダウンロードもできます。