

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 <small>有機・PSA・ピロリ他連絡事項</small>
	氏名			胃レントゲン 有15,000円	胃レントゲン 不要9,500円	
記入例	イチノミヤ イチロウ	男	昭和 西暦 1995 年	○		有機 キシレン PSA ピロリ (旧姓 山田)
	一宮 一郎	女	11 月 11 日			
1		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
2		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
3		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
4		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
5		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
6		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
7		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
8		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
9		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			
10		男	昭和 西暦 年			
		女	月 日			

○基本検診は15項目(15,000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。(9,500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。