

健康診断申込書

フリガナ 事業所名							
住所	〒 -						
電話番号		FAX番号					
E-mail address							
担当部署		フリガナ 担当者氏名	様				
検査キット お引渡し方法	<input type="checkbox"/> 受付窓口 (希望月日 月 日) <input type="checkbox"/> 郵送 〒 -						
健康診断結果	★本人様原本1部の他、会社様控え(A4縮小コピーとなります) <input type="checkbox"/> 要 部 <input type="checkbox"/> 不要						
	★お引渡し方法 <input type="checkbox"/> 受付窓口 <input type="checkbox"/> 郵送 〒 -						
お支払い方法	<input type="checkbox"/> 窓口精算 (一括・個人) ご精算予定月日( 月 日)・ご担当者氏名( 様)						
	<input type="checkbox"/> 銀行振込 (申し訳ございませんが振込み手数料はご負担願います) 請求書お宛名 送付先 〒 -						
	★上記と異なる場合のみご記入下さい						
★オプション検査のご請求は？ <input type="checkbox"/> 会社(窓口・銀行振込) <input type="checkbox"/> 個人窓口精算							
★内視鏡病理組織検査実施時(保険適応)のご請求は？ <input type="checkbox"/> 会社(窓口・銀行振込) <input type="checkbox"/> 個人窓口精算							
健診希望年月日	年 月 日 ~ 年 月 日						
お申し込み人数	名						
お申し込み セット・メニュー	基本セットのみ	Aセット	5,400円	名	Bセット	10,800円	名
		Cセット	12,960円	名	Dセット	32,400円	名
		雇用時	11,880円	名			名
	★+オプション検査お申し込みの方は、下記メニューから選び番号をご記入ください						
		基本セット	オプション番号記入(いくつでも可)				人数
	基本セット + オプション						名
	記入例⇒	D			2.4.15.16		3名

★オプションメニュー★

1. 感染症(B・C肝炎・梅毒)	5,400円	12. 膠原病	2,160円
2. 血液型(ABO・RH)	1,080円	13. STD(男性)	16,200円
3. 胃癌腫瘍マーカー	5,400円	14. STD(女性)	12,960円
4. 大腸癌腫瘍マーカー	2,160円	15. 頸部動脈超音波検査	4,320円
5. 肝臓癌腫瘍マーカー	1,620円	16. 腹部超音波検査	6,480円
6. 膵臓・胆嚢癌腫瘍マーカー	2,160円	17. 骨粗鬆症検査	3,780円
7. 前立腺癌腫瘍マーカー	2,160円	18. 便培養検査	3,240円
8. 肺癌腫瘍マーカー	4,320円	19. 大腸内視鏡検査(土曜)	23,760円
9. 乳癌腫瘍マーカー	4,320円	20. 胃内視鏡検査	15,120円
10. 子宮・卵巣癌腫瘍マーカー	2,160円	21. 心電図検査	2,160円
11. 甲状腺癌腫瘍マーカー	2,160円	22. 胸部X線検査	2,160円

★基本セット内容はホームページ<http://www.hirootower.com/> またはパンフレットをご参照ください★