

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 (税抜き)	Aセット	5,000円	名	Bセット	10,000円	名
		Cセット	12,000円	名	Dセット	30,000円	名
		雇用時	11,000円	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 名 名 名 名	
	記入例⇒	D	2.4.15.16			3名	

★オプションメニュー(税抜き)★

1. 感染症(B・C肝炎・梅毒)	5,000円	12. STD(男性)	15,000円
2. 血液型(ABO・RH)	1,000円	13. STD(女性)	12,000円
3. 胃癌腫瘍マーカー	5,000円	14. 頸部動脈超音波検査	4,000円
4. 大腸癌腫瘍マーカー	2,000円	15. 腹部超音波検査	6,000円
5. 肝臓癌腫瘍マーカー	1,500円	16. 骨粗鬆症検査	3,500円
6. 膵臓・胆嚢癌腫瘍マーカー	2,000円	17. 便培養検査	3,000円
7. 前立腺癌腫瘍マーカー	2,000円	18. 胃内視鏡検査	14,000円
8. 肺癌腫瘍マーカー	4,000円	19. 心電図検査	2,000円
9. 乳癌腫瘍マーカー	4,000円	20. 胸部X線検査	2,000円
10. 子宮・卵巣癌腫瘍マーカー	2,000円		
11. 食道癌腫瘍マーカー	2,000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★