

◇若年層健診申込書(平成30年度)◇(本人のみ:34才以下「S59. 4. 2以降にお生まれの方」)

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)		
FAX番号	(_____)		
健康保険証の記号	_____	事業所ご担当者	_____
送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください			
送付先住所 営業所等の名称	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	_____

健康保険証 の番号	フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	※希望のコースに○をしてください			
					基本コース	+便	+胃	+便・胃
					¥9,720	¥11,124	¥18,036	¥19,440
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
		男・女	昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				

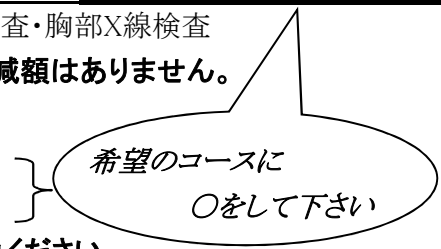
《検査項目》 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありませぬ。

《検査料金》 9,720円(消費税込)

※オプションとして、胃部X線検査:8,316円、便潜血検査:1,404円
子宮がん検査(料金等内容はご確認ください)

《申込方法》 お電話でご予約の上、必要事項をご記入いただきFAXにてお申し込みください。



FAX 042-648-8652 // TEL 042-648-1621

医療法人社団 国立あおやぎ会 八王子健康管理センター