

生活習慣病健診申込書【自費】

《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

《検査料金》 10,800円

(消費税込み) ※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

【胃部X線検査、便潜血検査、両方追加の場合19,440円となります。】

◎子宮がん検査(料金等内容はご確認ください)

《申込方法》 **受診日をご予約の後**、必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
電話番号	(_____)		
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	〒 _____		
電話番号	(_____)	送付先ご担当者	_____

※希望のコースに○をしてください

フリガナ お名前	性別	生年月日	受診予約日	基本コース	+便	+胃	+便・胃
				¥10,800	¥12,204	¥19,116	¥19,440
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				
.....	男・女	大・昭・平 年 月 日	月 日 午前・午後				

《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**