

個人別健康診断受診申込書

住 所	
事業所名	

(注) 定期健診の料金は受診人数により異なります

No	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日 (和暦 S・H)	受診 会場 ア～オ	番号	①				②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	⑩
					検査 項目	定期健診				大腸が ん検査	胃部検 診	C型肝炎 検査	前立腺 がん検 査	追加血 液検査	じん肺 健康診 断	有機溶 剤健康 診断	有機溶 剤トル エン	有機溶 剤キシ レン
					区分	A	B	C	D	800	4,000	1,500	1,700	700	900	1,000	3,000	3,000
					人数	1～5	6～10	11～15	16人以上									
					料金	4,900	5,400	6,400	6,900									
1		男・女	・	・														
2		男・女	・	・														
3		男・女	・	・														
4		男・女	・	・														
5		男・女	・	・														
6		男・女	・	・														
7		男・女	・	・														
8		男・女	・	・														
9		男・女	・	・														
10		男・女	・	・														

* 申し込み項目に○印を付けて、氏名（フリガナ）生年月日をご記入下さい。