

整理No.	入金月日
-------	------

生活習慣病予防検診申込書

事業所名	(会員 ・ 非会員)	
所在地		
担当者名		Tel ()
希望日等	※他申込者の関係によりご希望に添えない場合がございます。予めご了承下さい。	※事務局記入欄

受診者名	性別	生活習慣病検診 ①	特別割引 (2,500円)②	大腸ガン検診 ③	前立腺検査 ④	検診料金 ①-②+③+④
	男・女					円
	男・女					円
	男・女					円
	男・女					円
	男・女					円
	男・女					円
	男・女					円
合 計						円

生活習慣病検診	会 員①	@14,500円 × ___人 = _____円
	非会員①	@17,000円 × ___人 = _____円
	* 特別割引②	△@ 2,500円 × ___人 = _____円
大腸ガン検診③		@ 1,500円 × ___人 = _____円
前立腺検査④		@2,100円 × ___人 = _____円
合 計		_____円