

会津若松商工会議所 日帰り人間ドック検査 申込書

会員No.	※	申込日	月	日	※会員番号は記入不要です。		
事業所名							
(〒 -) 住所							
TEL ()							
希望病院	検査日	氏名(ふりがな)	性別	生年月日	消化器系	オプション検査	子宮ガン検診 ※中央病院で 受診される 女性の方のみ
竹田 中央 西	月 日		男 ・ 女	T・S・H 年 月 日	バリウム ・ 胃カメラ	希望する ・ 希望しない	受診する ・ 受診しない
竹田 中央 西	月 日		男 ・ 女	T・S・H 年 月 日	バリウム ・ 胃カメラ	希望する ・ 希望しない	受診する ・ 受診しない
竹田 中央 西	月 日		男 ・ 女	T・S・H 年 月 日	バリウム ・ 胃カメラ	希望する ・ 希望しない	受診する ・ 受診しない
竹田 中央 西	月 日		男 ・ 女	T・S・H 年 月 日	バリウム ・ 胃カメラ	希望する ・ 希望しない	受診する ・ 受診しない
竹田 中央 西	月 日		男 ・ 女	T・S・H 年 月 日	バリウム ・ 胃カメラ	希望する ・ 希望しない	受診する ・ 受診しない



※ 1事業所5名様までの受付になります。

オプションは直接病院へお申込みください。

※オプション検査料は検査当日、各病院へ直接お支払いください。		合 計
検 査 料	@30,000円× 名= 円	円
	@25,000円× 名= 円	