

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 ()				

受診希望病院	希望検査日	氏名 (ふりがな)	性別	生年月日	オプション	消化器系
竹田・中央・西	月 日		男・女	T・S 年 月 日	有・無	バリウム・胃カメラ
竹田・中央・西	月 日		男・女	T・S 年 月 日	有・無	バリウム・胃カメラ
竹田・中央・西	月 日		男・女	T・S 年 月 日	有・無	バリウム・胃カメラ
竹田・中央・西	月 日		男・女	T・S 年 月 日	有・無	バリウム・胃カメラ
竹田・中央・西	月 日		男・女	T・S 年 月 日	有・無	バリウム・胃カメラ

※ 1事業所 5名様までの受付になります。

※オプション検査料は検査当日、健診センターへ直接お支払い下さい。			合 計
検 査 料	@ 27,000円 × 名 =	円	円
	@ 22,000円 × 名 =	円	