

## 健康診断申込書

太枠内にご記入のうえ、郵送またはファックスにてお申込み下さい。

お申込日 年 月 日

FAX宛先: **0244-63-2206**

フリガナ					性別				
氏名					男・女				
生年月日	昭和・平成	年	月	日生	( 歳)				
ご自宅	住所	〒 □□□ - □□□□							
	TEL	( ) -	携帯	( ) -					
勤務先	フリガナ		フリガナ		フリガナ				
	名称		部署		役職				
	住所	〒 □□□ - □□□□							
	TEL	( ) -	FAX	( ) -					
ご希望コース <small>該当箇所に☑をつけ( )の中はどちらかに○をつけて下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 人間ドック(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 定期健康診断A <input type="checkbox"/> 脳ドック <input type="checkbox"/> 生活習慣病予防検診(胃カメラ・バリウム) <input type="checkbox"/> 定期健康診断B <input type="checkbox"/> 雇入時健康診断 <input type="checkbox"/> 特定健康診査								
オプション検査 <small>(上記人間ドックコースと併せてお申込みいただけます) 該当箇所に☑を付けて下さい。 ※ 複数可</small>	<input type="checkbox"/> 肺の画像診断検査(マルチスライスCT) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィー検査) <input type="checkbox"/> 内臓脂肪精密測定検査(腹部CT検査) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(乳腺エコー検査) <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症検診(骨塩定量検査) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(膣脂膏顕微鏡検査(膣スメア方式)) <input type="checkbox"/> 睡眠時無呼吸症候群簡易検査 <input type="checkbox"/> 動脈硬化検査(血圧脈波検査)								
腫瘍マーカー検査 (血液検査)	<input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> AFP/PIVKA-II (2項目セット) <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> CA19-9 <input type="checkbox"/> SCC/CYFRA/ProGRP (3項目セット)								
受診希望日	第一希望日	年	月	日	第二希望日	年	月	日	
ご請求先 <small>該当箇所に☑を付けて下さい。</small>	<input type="checkbox"/> 個人(窓口支払)								
	<input type="checkbox"/> 勤務先	こちらに該当する方は ご記入ください			<input type="checkbox"/> 健康保険組合	ご連絡先			
	<input type="checkbox"/> その他( )					ご担当者			
備考									