

生活習慣病健診申込書【自費】

《検査項目》 診察・血圧・身長・体重・腹囲・視力・聴力・血液検査・心電図検査・尿検査・胸部X線検査
胃部X線検査・便潜血検査

《検査料金》 20,900円

◎セット料金になっておりますので未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

《申込方法》 受診日をご予約の後、必要事項をご記入のうえFAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号			
健康保険証の記号		事業所ご担当者	

送付先:(支店・営業所等) ※事業所所在地と異なる場合のみご記入ください

送付先住所	〒		
電話番号	()	送付先ご担当者	

お支払方法: ☐当日窓口払い ☐後日会社請求

フリガナ 氏名	性別	生年月日	予約日 予約時間	備考
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	
	男・女	昭・平 年 月 日	月 日 時 分	

FAX 042-648-8652

医療法人社団 国立あおやぎ会 八王子健康管理センター