

人間ドック申込書

* 枠内に受診者の記入をお願いします。

氏名	ふりがな		性別(どちらかに○)	
	様		男・女	
生年月日	M・T・S・H	年	月	日(歳)
住所	〒			
電話		F A X		
第一希望日		月	日	(曜日)
第二希望日		月	日	(曜日)
第三希望日		月	日	(曜日)

【勤務先】

会社名
住所 〒
TEL
FAX

健保(勤務先)請求(○印を付けて下さい。)	
* 基本コース	
* オプション	
・脳ドック	・子宮がん検査
・マンモグラフィー	・骨密度検査
・ピロリ菌検査	・がん検査
請求金額	円

【請求先】

会社名(担当者様の氏名)
住所 〒
TEL
FAX(必ずご記入願います。)

受診者請求(○印を付けて下さい。)	
* 基本コース	
* オプション	
・脳ドック	・子宮がん検査
・マンモグラフィー	・骨密度検査
・ピロリ菌検査	・がん検査
請求金額	円

ご希望の検査項目に○印を付けて下さい。(※金額はすべて税込みです。)

* 基本コース：37,800円

* オプション

- ・ 脳ドック(脳MRI・MRA、頸動脈エコー)：27,000円
- ・ 子宮がん検査(内診、細胞診)：3,240円
- ・ マンモグラフィー(視触診有)：5,400円
- ・ 骨密度検査：1,520円
- ・ ピロリ菌検査(採尿)：3,240円
- ・ がん検査(採血)：4,320円

◇男性用(肝臓・消化器一般・肺・前立腺)

◇女性用(肝臓・消化器一般・肺・卵巣)