

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
・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
・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(※金額は全て税込みです)

* 基本コース = 38,500 円

* オプション

- ・ 脳ドック(脳MRI・MRA、頸動脈エコー) = 27,500 円
- ・ 子宮がん(内診、細胞診)検査 = 3,300 円
- ・ マンモグラフィー(マンモ撮影、視触診) = 6,600 円
- ・ 骨密度検査 = 1,540 円
- ・ ピロリ菌検査(採血) = 1,650 円
- ・ がん検査(採血) = 4,400 円

ご希望される場合、曜日の指定がございますので、ご相談下さい。

◇ 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)