

様式第5号

平成 30 年 月 日

(一社) 東京都トラック協会大田支部
支 部 長 松原 伸行 殿



代表者印

会社名：

住 所：

電話番号：

担当者名

平成 30 年 春の定期健康診断の検診を受診させたいので、下記名簿により受診申し込み致します。

※春と秋でそれぞれご提出下さい。

	受診申込者 (氏名)	受診申込者 (生年月日)	検 診 予定日	ABE	眼底	オプション 検査申込欄
例	ケンシン ススム 健診 進	1960/04/01	5/1	○	○	① 2 3 4 5 6 7

《オプション検査》 1.肝炎ウィルス 3,500 円 2.胃健康診断検査 3,500 円
3.腫瘍マーカー検査 (消化器系) 5,500 円 4. 腫瘍マーカー検査 (前立腺) 2,000 円
5.腎機能検査 500 円 6.脾機能検査 500 円 7.高尿酸血症検査 500 円

	受診者申込者 (氏名)	受診申込者 (生年月日)	検 診 予定日	ABE	眼底	オプション検査 (○で囲んでください)
1						1 2 3 4 5 6 7
2						1 2 3 4 5 6 7
3						1 2 3 4 5 6 7
4						1 2 3 4 5 6 7
5						1 2 3 4 5 6 7
6						1 2 3 4 5 6 7
7						1 2 3 4 5 6 7
8						1 2 3 4 5 6 7
9						1 2 3 4 5 6 7
10						1 2 3 4 5 6 7