

様式第5号

令和 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 様

会社名  
 住 所  
 電話番号

⑩  
 代表者印

担当者名

オプション検診が追加できます。当日の追加・変更はできません

|                       |                    |                        |
|-----------------------|--------------------|------------------------|
| ① 肝炎ウイルス検査 3,500 円    | ② 胃健康度検査 3,500 円   | ③ 腫瘍マーカー(消化器系) 5,500 円 |
| ④ 腫瘍マーカー(前立腺) 2,000 円 | ⑤ 腎機能検査 500 円      | ⑥ 膵機能検査 500 円          |
| ⑦ 高尿酸血症検査 500 円       | ⑧ 心不全リスク検査 3,000 円 | ⑨ コロナウイルス抗体検査 5,000 円  |

令和 2 年度 定期健康診断を、下記名簿により受診申し込みいたします。(眼底希望時○をしてください)

|    | フリガナ<br>受診者氏名 | 生年月日(西暦) | ABE | 眼底 | オプション検査<br>番号に○をしてください |
|----|---------------|----------|-----|----|------------------------|
| 1  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 2  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 3  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 4  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 5  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 6  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 7  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 8  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 9  |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |
| 10 |               |          |     |    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9      |