

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 受診者氏名	生年月日(西暦)	ABE	眼底	オプション検査 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