FAX:03-3765-1662 送付先 全日本労働福祉協会 受診日14日前までに送付してください

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

代表者印

住所

電話番号

担当者氏名

令和3年定期健康診断を、下記名簿により受診申し込みいたします。

	フリカ・ナ 受診者氏名	生	年月日	А	BE	眼底	オプション検査 (希望するものにO)							
例	ケンシン ススム	10	1960/4/1		<u> </u>			()					
נילו	健診 進	13					1	2	3 4	5	6	7	8	9
ABE検診を申し込む方はオプション検査が追加できます。当日追加・変更は不可です														
	① 肝炎ウィルス核	查	3,500円) 膵機能検査					500円			
	② 胃健康診断検	査	3,500円			高尿酸血症検査						500円		
	③ 腫瘍マーカー	(消化器系	€) 5,500円	8	⑧ 心不全リスク検査					3,000円				
	④ 腫瘍マーカー	(前立腺)	2,000円	9	新型コロナウイルス抗体検査						5,000円			
	⑤ 腎機能検査		500円											

	フリカ・ナ 受診者氏名	生年月日(西暦)	ABE	眼底	オプション検査 (希望するものにO)									
1					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2					4	0	•	4	F		7	0		
3					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
<u> </u>					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					_			_	3	U		0		
0					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	
					'		J	7	J	J		U		
9					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
10					1	2	3	4	5	6	7	8	9	
≪備考≫														