

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 殿

印
代表者印

会社名：

住所：

電話番号：

担当者名

令和元年 秋の定期健康診断を、下記名簿により受診申し込みいたします。

	フリガナ 受診者氏名	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 8

*ABE 検診を申し込む方は、オプション検診を追加できます。当日の追加・変更は不可です

《オプション検査 全て税込》 1.肝炎ウイルス 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.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

	フリガナ 受診者氏名	生年月日	検診 予定日	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
2						1 2 3 4 5 6 7 8
3						1 2 3 4 5 6 7 8
4						1 2 3 4 5 6 7 8
5						1 2 3 4 5 6 7 8
6						1 2 3 4 5 6 7 8
7						1 2 3 4 5 6 7 8
8						1 2 3 4 5 6 7 8
9						1 2 3 4 5 6 7 8
10						1 2 3 4 5 6 7 8