FAX送付先　全日本労働福祉協会03-3765-1662　【受診日10日前迄に送付】

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

㊞

代表者印

会社名：

住　所：

全日本労働福祉協会宛　　　　FAX：03－3765－1662　　【受診日10日前までに送付】

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 | 1960/04/01 | 5/1 | ○ | ○ | ① 2 3 4 5 6 7 8 |
| 健診　　進 |

　＊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.**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 |
|  |