

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

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。

| 例 | フリガナ 受診者氏名 | 生年月日 | ABE | 眼底 | オプション検査 (希望するものに○) | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-----------------|----------|-----|---------------|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| | ケンシン スム 健診 進 | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | |
| | | 1960/4/1 | ○ | ○ | | | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 肝炎ウイルス検査 | 3,500円 | ⑥ | 脾機能検査 | 500円 | | | | | | | | | | | | | | |
| ② | 胃健康診断検査 | 3,500円 | ⑦ | 高尿酸血症検査 | 500円 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③ | 腫瘍マーカー (消化器系) | 5,500円 | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 1 | 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 (希望するものに○) | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---------------|----------|-----|----|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| | 1 | | | | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《備考》