FAX送付先　全日本労働福祉協会03-3765-1662　【受診日14日前迄に送付】

様式第５号　受診者名簿

令和　　　年　　　月　　　日

㊞

代表者印

会社名

所在地

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

所属支部　　　大田　・　品川　（いずれかに〇）

オプション検診が追加できます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 肝炎ウイルス検査　　3,500円
 | 1. 胃健康度検査　　3,500円
 | 1. 腫瘍マーカー(消化器系）5,500円
 |
| 1. 腫瘍マーカー(前立腺）2,000円
 | 1. 腎機能検査　　　　500円
 | 1. 膵機能検査　　　　　　 500円
 |
| 1. 高尿酸血症検査　　　　500円
 | 1. 心不全リスク検査1,500円
 | 1. コロナウイルス抗体検査6,000円
 |

令和7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。(B1・眼底・大腸がんは○ )

春季開催時は春の受診者、秋季開催時は秋の受診者を記入してください。（春・秋それぞれ提出してください）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | フ　リ　ガ　ナ受　診　者　氏　名 | 性別 | 生年月日（西暦） | ＡBＥ | B1 | 眼底 | 大腸がん | 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 |
|  |