

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

電話番号

担当者名

オプション検診が追加できます。

所属支部

大田 ・ 品川 (いずれかに○)

① 肝炎ウイルス検査 3,500 円	② 胃健康度検査 3,500 円	③ 腫瘍マーカー(消化器系) 5,500 円
④ 腫瘍マーカー(前立腺) 2,000 円	⑤ 腎機能検査 500 円	⑥ 脾機能検査 500 円
⑦ 高尿酸血症検査 500 円	⑧ 心不全リスク検査 1,500 円	⑨ 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)

N o	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