

オプション検査 申込書

胃ガン、大腸ガン検査以外のオプション検査を希望される方は、1名ごとに記入ください。
下記オプション検査の結果は、ご自宅住所へ送付致しますので必ずご記入ください。

希望される検査に○印を
つけてください。↓

記号	名称	料金	申込
1	肝炎ウィルス検査	3,000 円	
2	アレルギー検査	7,000 円	
4	消化器検査 (ペプシノーゲン)	4,000 円	
5	消化器検査 (ヘリコバクターピロリ菌)	4,000 円	
6	甲状腺検査	3,000 円	
7	動脈硬化検査	3,000 円	
8	【男性】 ^{しゅよう} 腫瘍マーカー	4,000 円	
9	【女性】 ^{しゅよう} 腫瘍マーカー	4,000 円	
料金合計		円	

フリガナ 事業所名		受診番号
フリガナ		項目
お名前		
生年月日	昭和・平成 年 月 日 男・女	料金
ご自宅住所	〒	受付日
電話番号		_____