

令和7年度 健康診断申込書

ふりがな 事業所		TEL
		FAX
事業所 所在地	〒201ー	担当者名
	狛江市	

	ふりがな	性別		生年月日	受診日			受診希望時間に○ 11:30～は 7/2 7/3のみ可	法定健診 (税込)	オプション検査 ※1		料金
	受診者氏名	男	女		7/2 (水)	7/3 (木)	7/4 (金)		8,000円	胃ガン 3,000円	大腸ガン 1,000円	
記入例	こまえ たろう 狛江 太郎	○		昭和・平成 55年 5月 5日		○		9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○	○	○	12,000
1				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
2				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
3				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
4				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
5				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
6				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
7				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
8				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
9				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			
10				昭和・平成 年 月 日				9:00～ 9:30～ 10:00～ 10:30～ 11:00～ 11:30～	○			

申込書合計	
別紙オプション合計	
総計	

※1 胃ガン、大腸ガン以外のオプション検査を希望される方は、別紙「オプション検査申込書」にご記入ください。

※2 希望者が多い時間帯については、ご希望に添えない場合もございます。
「9:00～」の時間帯が大変込み合いますので、分散受診にご協力をお願いいたします。
11:30～のお申し込みは7/2、7/3のみにになりますのでご注意ください。

受付日	
-----	--