

令和8年度 健康診断申込書

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

	ふりがな		性別		生年月日	受診日			受診希望時間に○		法定健診 (税込)	オプション検査 ※1		料金
	受診者氏名		男	女		7/1 (水)	7/2 (木)	7/3 (金)	11:30～は 7/1 7/2のみ可	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～」の時間帯が大変混み合いますので、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7/1、7/2のみになりますのでご注意ください。

受付日	
-----	--