

令和6年度健康診断申込書

令和6年 月 日

- ◆ 事業所名 _____
- ◆ 住所 〒 _____
- ◆ 電話番号 _____
- ◆ 担当者名 _____

書ききれない場合は、コピーにてご記入ください。

希望日 第1希望	希望日 第2希望	時間 (午後は火・木のみ)	検査項目	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日 (和暦で記入)	★年度年齢	備考
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		
/	/	午前・午後	A・B・C 胃ABC・胃内視鏡		男・女	年 月 日		

Aプラン 名 × 5,000円 =
 Bプラン 名 × 7,000円 =
 Cプラン 名 × 8,500円 =
 胃ABC健診コース 名 × 13,000円 =
 胃内視鏡健診コース 名 × 27,300円 =

合計 _____ 円

※受診料は、直接実施健診機関へお支払いください。

※ご希望の日時に添えない場合がございます。

<実施健診機関>
 はすだセントラルクリニック
 住所：蓮田市黒浜678番地 TEL：048-796-8585 FAX:048-764-0336