

是成クリニック専用 健康診断申込書

FAX:072-724-5437

TEL:072-724-0166

* 必要事項ご記入の上、直接FAXして下さい。

(フリガナ)			
事業所名		ご担当者様	様
住所		TEL () -	
		FAX () -	

★希望日(第2希望まで候補をご記入下さい。)

折り返し是成クリニックより連絡があり、調整のうえ確定となります。

1日の最大人数は10名となります。

8名以上でお申込みの場合はこの用紙をコピーしてお使い下さい。

*** 木曜日、日曜日、祝日は休診です。**

	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日	年齢	オプション	受診希望日時	送迎
1		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
2		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
3		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
4		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
5		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
6		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
7		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要
8		男・女	S / . . H	歳	・腫瘍マーカー ・胃ABC検査 ・HbA1c ・麻疹抗体検査	① 月 日() AM・PM ② 月 日() AM・PM	要

- ★ 受診料 7,000円
- ★ オプション検診(腫瘍マーカー)..... 4,000円(男女共)
- ★ オプション検診(HbA1c)..... 600円
- ★ オプション検診(胃ABC検査)..... 4,500円
- ★ オプション検診(麻疹抗体検査).... 3,500円

* オプション検診を追加される場合、
また、送迎を希望される場合は、
○で囲んで下さい。

お問合せ

医療法人 知照会 是成クリニック
箕面商工会議所 健康診断担当

TEL(072)724-0166
TEL(072)721-1300