

大阪商工会議所健康管理サービス 日本健康増進財団郵送健診申込書

下記太枠内をご記入の上、財団法人日本健康増進財団恵比寿健診センターまで FAXもしくは郵便でお申し込みください。
(申込先)

財団法人日本健康増進財団 恵比寿健診センター
〒150-0013 東京都渋谷区恵比寿1-24-4

<FAX> 03-5420-8252

年 月 日

ふりがな				会員以外はお申込みできません
事業所名				大阪商工会議所会員番号
				K・KT - -
所在地	〒			
電話番号		FAX番号		

ご担当者(払込代表者名)

大腸がん健診	@2,750円(消費税込)	件	円	合計
胃(ペプシノゲン)健診	@3,560円(消費税込)	件	円	円
前立腺(PSA)健診	@3,460円(消費税込)	件	円	
高リスクHPV検査※女性のみ	@4,990円(消費税込)	件	円	

申込が5名以上の場合は、本申込書をコピーしてください。

No.	ふりがな 氏名 (性別)	送付先住所 (電話番号)連絡のつきやすい電話番号をお願いいたします	生年月日 (年齢)	受診希望項目
1		〒	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃(ペプシノゲン) <input type="checkbox"/> 前立腺(PSA) <input type="checkbox"/> HPV検査
		(TEL — —)	年 月 日 (歳)	
2		〒	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃(ペプシノゲン) <input type="checkbox"/> 前立腺(PSA) <input type="checkbox"/> HPV検査
		(TEL — —)	年 月 日 (歳)	
3		〒	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃(ペプシノゲン) <input type="checkbox"/> 前立腺(PSA) <input type="checkbox"/> HPV検査
		(TEL — —)	年 月 日 (歳)	
4		〒	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃(ペプシノゲン) <input type="checkbox"/> 前立腺(PSA) <input type="checkbox"/> HPV検査
		(TEL — —)	年 月 日 (歳)	
5		〒	大正・昭和・平成	<input type="checkbox"/> 大腸がん <input type="checkbox"/> 胃(ペプシノゲン) <input type="checkbox"/> 前立腺(PSA) <input type="checkbox"/> HPV検査
		(TEL — —)	年 月 日 (歳)	

※払込取扱票と上記の情報は、健診セットの送付と健診結果報告に使用します。また、健診機関は、健康管理業務以外上記情報を利用しません。