

# 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。  
 本申込書および検査料の入金が確認でき次第、同センターから検査キットをお送りします。必ず健診料は事前にお振込みください(振込手数料受診者負担)。  
 <振込先> ゆうちょ銀行 9900 ○一九支店 019 当座 0355472 ザイニホンケンコウゾウシンザイダン (一財)日本健康増進財団

(申込先)  
 一般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 TEL 03-5420-8030

<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	
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	
			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		〒	西暦 年	<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 — — )	月 日 ( 歳)	
2		〒	西暦 年	<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 — — )	月 日 ( 歳)	
3		〒	西暦 年	<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 — — )	月 日 ( 歳)	
4		〒	西暦 年	<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 — — )	月 日 ( 歳)	
5		〒	西暦 年	<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 — — )	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。