

# 岸和田商工会議所 FAX 072-436-3030

## 健康診断申込書

※各項目の記入と受診希望項目に○をつけて下さい。  
 ※腫瘍マーカー受診希望の場合は「受診希望項目」と「オプション(腫瘍マーカー)受診希望項目」の両方に○をつけて下さい。  
 ※左記の事業所の電話番号・FAX番号・担当者名も必ずご記入下さい。

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

	名前	フリガナ	性別	生年月日	年齢	受診希望項目	オプション(腫瘍マーカー)受診希望項目
1			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
2			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
3			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
4			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
5			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
6			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
7			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
8			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
9			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F
10			男・女	S H		A・A+B・A+C・A+B+C・C	D+E・D+F・E・F

会員・非会員のどちらかに○をして下さい。

会 員 ・ 非会員

記入欄が足りない場合は、人数分をコピーして下さい。

# 岸和田商工会議所 FAX 072-436-3030

## 特殊・有機溶剤・有害物診断申込書

事業所名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 所在地 \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_  
 代表者名 \_\_\_\_\_ 担当者名 \_\_\_\_\_

	検査項目	受診料(税込み)	受診者名	受診者名	受診者名	受診者名
1	塵肺・石綿	各4,220				
2	鉛	7,890				
3	キシレン	3,240				
4	トルエン	6,920				
5	IIIトリクロルエタン	3,240				
6	クロム酸	4,320				
7	マンガン	4,320				
8	シアン	4,320				
9	酢酸ブチル	3,350				
10	MEK(メチル・エチル・ケトン)	3,890				
11	トリクロル酢酸	1,410				
12	酢酸エチル	2,700				
13	アセトン	4,220				
14	カドミウム	6,810				
15	特化則	7,830				
16	ジクロロメタン+特化則	14,530				
17	エチルベンゼン+特化則	15,280				

※「ジクロロメタン」と「エチルベンゼン」は、「特化則」を合わせて受診していただくことになっております。