

健康診断申込書

事業所名

電話 ( )

所在地 〒

F A X ( )

代表者名

担当者名

※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・F A X番号・担当者名も必ずご記入下さい。

※メールでもお申込みいただけます  
[kenshin@kishiwada-cci.or.jp](mailto:kenshin@kishiwada-cci.or.jp)

※令和3年3月31日現在の年齢をご記入ください

	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。

特殊・有機溶剤・有害物診断申込書

事業所名

電話 ( )

所在地

F A X ( )

代表者名

担当者名

※こちらの申込みは、基本健康診断を受診された上での  
お申込みになります。

	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 4,300				
2	鉛	8,050				
3	キシレン	3,300				
4	トルエン	7,050				
5	IIIトリクロルエタン	3,300				
6	クローム酸	4,400				
7	マンガン	4,400				
8	シアン	4,400				
9	酢酸ブチル	3,400				
10	MEK（メチル・エチル・ケトン）	3,950				
11	トリクロル酢酸	1,450				
12	酢酸エチル	2,750				
13	アセトン	4,300				
14	カドミウム	6,950				
15	特化則	8,000				
16	ジクロロメタン+特化則	14,800				
17	エチルベンゼン+特化則	15,550				

※「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。