

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 ()

※メールでもお申込みいただけます

所在地

FAX ()

代表者名

担当者名

※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。

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 ()

※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。

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 4,300				
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(メル・エチル・ケトン)	3,950				
11	トリクロロ酢酸	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。