

健康診断申込書

事業所名 電話 ()

所在地 〒 FAX ()

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・FAX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

※令和4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	金額	オプション<腫瘍マーカー> 受診希望項目	金額
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○をしてください。

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ください。

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 〒 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申込みになります。

	検査項目	受診料 (税込)	受診者名	受診者名	受診者名	受診者名	金額
1	じん肺	4,300					
2	石綿	4,300					
3	鉛	8,050					
4	キシレン	3,300					
5	トルエン	7,050					
6	IIIトリクロルエタン	3,300					
7	クローム酸	4,400					
8	マンガン	4,400					
9	シアン	4,400					
10	酢酸ブチル	3,400					
11	MEK (メチル・エチル・ケトン)	3,950					
12	トリクロル酢酸	1,450					
13	酢酸エチル	2,750					
14	アセトン	4,300					
15	カドミウム	6,950					
16	特化則	8,000					
17	ジクロロメタン+特化則	14,800					
18	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。