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〇をつけて下さい。
※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」の両方に〇をつけて下さい。
※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　〒　　Ｆ　Ａ　Ｘ　（　　）

代表者名　　担当者名

※メールでもお申込みいただけます。
gyoumu@kishiwada-cci.or.jp

※令和６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〇をしてください。

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　〒　　ＦＡＸ　（　）

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）	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	カドミュウム	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。