

青色簡易人間ドック申込書

フリガナ 会員名	〒 ご住所
電話番号() -	

受診者

氏名	生年月日	オプション検査(ご希望のものに○を付けて下さい。)		
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				
フリガナ	年 月 日	A	B	C
男女				

オプション検査 下記よりお選びください。

- A. 腫瘍マーカー 4,000円 B. 肝炎ウイルス検査(B型、C型) 1,500円
 C. 前立腺がん検査 1,500円



FAX 送信先 053-454-2102
公益社団法人浜松西青色申告会