

[続紙]令和7年度健康診断申込書

住 所:

事業所名:

担当者名:

電話:

FAX:

健診項目	【一般健康診断】 [¥8,800/税込]	○身長、体重、腹囲、視力、聴力 ○胸部X線 ○血圧測定 ○尿検査(糖・蛋白) ○医師による聴打診 ○血液検査(貧血・肝機能・血中脂質・血糖) ○心電図検査
------	-------------------------	---

受診予定者、必要事項をご記入のうえ、FAXをお願い致します。

	氏 名	フリガナ	性別	生 年 月 日	受診票 の有無	オプション検査 (別紙参照:番号 記載)	受診希望日・場所 (A~Hの中からお 選びください)
1			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
2			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
3			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
4			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
5			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
6			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
7			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
8			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
9			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
10			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
11			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
12			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
13			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
14			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
15			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
16			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
17			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
18			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
19			男 S 女 H		有 無		A B C D E F
20			男 S 女 H		有 無		A B C D E F