

**むつ商工会議所 行**

TEL 0175-22-2283

FAX 0175-22-0167

令和5年 月 日

事業所名			
事業所住所	〒		
電話番号		FAX番号	

# 健康診断申込書

	(フリガナ) 氏名	年齢	性別	男性の方のみ お選び下さい	希望の方は「○」記入			
					検便	骨密度	前立腺	眼底検査
①	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
②	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
③	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
④	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
⑤	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
⑥	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
⑦	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
⑧	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
⑨	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
⑩	-----		男・女	①8時50分～10時30分 ②11時30分～12時00分				
人数	名	—	—	—	名	名	名	名

■検診料	一般検診	12,000円	×	名	=	円
	検便	1,000円	×	名	=	円
	骨密度	2,500円	×	名	=	円
	前立腺	2,500円	×	名	=	円
	眼底検査	2,500円	×	名	=	円
	計					円

検診申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、検診に関するご連絡、検診時の本人確認、検診結果の送付等検診事業に関わる目的にのみ使用いたします。