

健診申込書

《ミセスドック【自費】》

一般財団法人
日本健康管理協会
新宿健診プラザ

《検査項目》 診察、血圧、身長、体重、視力、聴力、血液検査、心電図、尿検査、便潜血検査、眼底検査
肺機能検査、腹部超音波検査、胸部X線検査、胃部X線検査、骨密度
子宮がん検査(内診)、乳がん検査(マンモグラフィまたは乳房超音波のどちらか選択)

《健診料金》 37,800円(消費税込み)
◎ セット料金になっておりますので、未実施検査がある場合でも料金の減額はありせん。

《申込方法》 受診日をご予約後、必要事項ご記入のうえ、新宿健診プラザ宛FAXにてお申し込みください。

事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号	()		
健康保険証の記号		事業所ご担当者	

▼健康調査票送付先: ☐ 支店 ☐ 自宅 ☐ その他() 上記所在地と異なる場合はご記入ください。

送付先名称			
送付先住所	〒		
電話番号	()	送付先ご担当者	

* 予約時間枠は下記の中からお選びください

第1部 7:30~7:45 第2部 8:30~8:45 第3部 9:30~9:45 第4部 10:30~10:45 第5部 11:00~11:15

※第5部は月~金曜日の男性のみとなります。

※土曜日は変則営業となっております。詳細はお電話でお問合せいただくか、弊社HPIにてご確認ください。

●希望される乳がん健診の「マンモグラフィ」または「乳房超音波」を○で囲んでください。

健康保険証の 個人番号	本人・ 配偶者	フリガナ	性別	生 年 月 日	受診予約日
		お 名 前			予約時間枠
	本・配		女	大・昭・平 年 月 日	月 日 第 部
希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波					
	本・配		女	大・昭・平 年 月 日	月 日 第 部
希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波					
	本・配		女	大・昭・平 年 月 日	月 日 第 部
希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波					
	本・配		女	大・昭・平 年 月 日	月 日 第 部
希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波					
	本・配		女	大・昭・平 年 月 日	月 日 第 部
希望する乳がん健診をひとつ○で囲んでください ⇒ マンモグラフィ ・ 乳房超音波					

●新宿健診プラザ FAX. 03-3204-5018

2017.04改訂