

《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、  
炎症性反応検査、前立腺(PSA)検査[男性のみ]、子宮頸部細胞診検査[女性希望者のみ]、骨密度

《健診料金》 32,400 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 11:30～11:45  
※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HPにてご確認ください。

| 健康保険証<br>の番号 | 本人・<br>配偶者 | フリガナ  | 性<br>別  | 生 年 月 日        | 受診実施日      | 備 考 |
|--------------|------------|-------|---------|----------------|------------|-----|
|              |            | お 名 前 |         |                | 予約時間枠      |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |
|              | 本・配        |       | 男・<br>女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 月 日<br>第 部 |     |