FAX 送付先　全日本労働福祉協会 03-3765-1662　【受診日 14 日前迄に送付】

様式第５号　受診者名簿

令和　　年　　月　　日

㊞

代表者印

会社名

住　所

電話番号　　担当者名

オプション検診が追加できます。

① 肝炎ウイルス検査　3,500 円	② 胃健康度検査　3,500 円	③ 腫瘍マーカー(消化器系) 5,500 円
④ 腫瘍マーカー(前立腺) 2,000 円	⑤ 腎機能検査　500 円	⑥ 膵機能検査　500 円
⑦ 高尿酸血症検査　500 円	⑧ 心不全リスク検査 1,500 円	⑨ コロナウイルス抗体検査 6,000 円

令和４年度　定期健康診断を、下記名簿により受診申し込みいたします。(B1・眼底は〇をしてください)

春季開催時は春の受診者、秋季開催時は秋の受診者を記入してください。(春・秋それぞれ提出してください)

No	フリガナ 受診者氏名	性別	生年月日 (西暦)	ABE	B1	眼底	オプション検査 番号に〇をしてください
1				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
2				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
3				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
4				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
5				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
6				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
7				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
8				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
9				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9
10				〇			1 2 3 4 5 6 7 8 9