

日付変更

定期（特殊）健康診断申込書

巡回健診用（各事業所訪問）

|         |         |
|---------|---------|
| 事業所名    |         |
| 所在地     | 〒 —     |
| ご担当者    | （フリガナ ） |
| お電話番号   | — —     |
| FAX 番号  | — —     |
| メールアドレス | @       |

希望時期 \_\_\_\_\_ 月頃 / \_\_\_\_\_ 月頃

（年 2 回実施の場合、両方ともご記入下さい。）

| 一般健診（法定健診） | 9,700 円 | 男性 名<br>女性 名 | 合計 名 |
|------------|---------|--------------|------|
| オプション検査    | 2,000 円 | ハプツノゲツ（胃）    | 名    |
|            | 2,000 円 | ピロリ菌（胃）      | 名    |
|            | 1,600 円 | PSA（前立腺）     | 名    |
|            | 2,000 円 | CA-125（婦人科）  | 名    |
|            | 200 円   | 尿酸（痛風）       | 名    |
|            | 500 円   | HbA1c（糖尿）    | 名    |
|            | 1,600 円 | 便検査（大腸）      | 名    |
| 有機溶剤       |         | 金額は溶剤による     | 名    |
| じん肺        | 5,000 円 |              | 名    |
| 鉛及びその合金化合物 | 8,250 円 |              | 名    |
| 通信欄        |         |              |      |

公益社団法人東京労働基準協会連合会 八王子労働基準協会支部 殿  
（八王子市神明町 1－10－14 TEL 042-644-2090 FAX 042-644-2092）

# 定期（特殊）健康診断申込書

## 集合健診用（7月用）

日付変更 (7/22・7/27：富士森体育館)

|         |         |
|---------|---------|
| 事業所名    |         |
| 同所在地    | 〒       |
| ご担当者    | (フリガナ ) |
| お電話番号   |         |
| FAX番号   |         |
| メールアドレス | @       |

希望日 7月22日(水)・27日(月) 申込締切 6月19日(金)  
 (受診希望日に○を、両日ともご希望の場合は、両方に○を付けて下さい。)

| 一般健診（法定健診） | 9,700 円 | 男性 名<br>女性 名 | 合計 名 |
|------------|---------|--------------|------|
| オプション検査    | 2,000 円 | ハップソナーゲソ（胃）  | 名    |
|            | 2,000 円 | ピロリ菌（胃）      | 名    |
|            | 1,600 円 | PSA（前立腺）     | 名    |
|            | 2,000 円 | CA-125（婦人科）  | 名    |
|            | 200 円   | 尿酸（痛風）       | 名    |
|            | 500 円   | HbA1c（糖尿）    | 名    |
|            | 1,600 円 | 便検査（大腸）      | 名    |
| 有機溶剤       |         | 金額は溶剤による     | 名    |
| じん肺        | 5,000 円 |              | 名    |
| 鉛及びその合金化合物 | 8,250 円 |              | 名    |
| 通信欄        |         |              |      |

公益社団法人東京労働基準協会連合会 八王子労働基準協会支部 殿  
 (八王子市神明町1-10-14 TEL 042-644-2090 FAX 042-644-2092)

定期（特殊）健康診断申込書  
集合健診用（11月用）  
（富士森体育館）

|         |        |
|---------|--------|
| 事業所名    |        |
| 同所在地    | 〒      |
| ご担当者    | （フリガナ） |
| お電話番号   |        |
| FAX 番号  |        |
| メールアドレス | @      |

希望日 11月24日（火） 申込締切 9月18日（金）  
（年2回実施する場合は、5月用と11月用ともFAXをお送り下さい。）

| 一般健診（法定健診） | 9,700 円 | 男性 名<br>女性 名 | 合 計<br>名 |
|------------|---------|--------------|----------|
| オプション検査    | 2,000 円 | ハ・プ・ツノ・ゲツ（胃） | 名        |
|            | 2,000 円 | ピロリ菌（胃）      | 名        |
|            | 1,600 円 | PSA（前立腺）     | 名        |
|            | 2,000 円 | CA-125（婦人科）  | 名        |
|            | 200 円   | 尿酸（痛風）       | 名        |
|            | 500 円   | HbA1c（糖尿）    | 名        |
|            | 1,600 円 | 便検査（大腸）      | 名        |
| 有機溶剤       |         | 金額は溶剤による     | 名        |
| じん肺        | 5,000 円 |              | 名        |
| 鉛及びその合金化合物 | 8,250 円 |              | 名        |
| 通信欄        |         |              |          |

公益社団法人東京労働基準協会連合会 八王子労働基準協会支部 殿  
（八王子市神明町1-10-14 TEL 042-644-2090 FAX 042-644-2092）