三郷市商工会　行　　（ FAX　952-3432 ）

生活習慣病健康診断　申込書

年　　月　　日

事業所名		電話	
住所	〒　　－	担当者名	

	氏 名	生年月日	性別	追加で希望する方は〇印をつけて下さい					
				3,000円	1,000円	2,000円	1,500円	3,000円	3,000円
1	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
2	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
3	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
4	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
5	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
6	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
7	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
8	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
9	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）
10	フリガナ	19____年 月　日	男・女	肺がん	大腸がん	PSA（男性のみ）	肝炎	子宮がん（女性のみ）	乳がん（女性のみ）

＊10名を超える場合はコピーしてご使用ください

受診者数　　名　　**受診料　　円**

生活習慣病健康診断	@11，000	×	名
肺がん検査	@ 3，000	×	名
大腸がん検査	@ 1，000	×	名
PSA検査（男性のみ）	@ 2，000	×	名
B型・C型肝炎検査	@ 1，500	×	名
子宮がん検査（女性のみ）	@ 3，000	×	名
乳がん検査（女性のみ）	@ 3，000	×	名

希望する日　9日(火)　　名　・　10日（水）　　名　・　11日（木）　　名

＊来館時間の指定をさせていただきますので、必ず希望日に人数の記入をお願いします。
（無き場合はこちらにて設定させていただきますのでご了承ください）
＊本健康診断申込みに際しご提供いただいた個人情報は、本健康診断への連絡及び三郷市商工会主催の健康診断のご案内以外には使用いたしません。