

2010 年秋期在蘭日本人健康診断登録用紙

受診者一覧

	漢字仮名氏名 (フリガナ)	ローマ字氏名 (姓, 名)	性別	生年月日 (西暦)	続柄
1			男・女	年 月 日	本人
2			男・女	年 月 日	
3			男・女	年 月 日	
4			男・女	年 月 日	
5			男・女	年 月 日	

受診項目及び費用

項目	金額 (€)	人数	合計金額 (€)	受診者 (上記の番号)
成人健診	575.00			
若年者健診	425.00			
学齢者健診	175.00			
胸部レントゲン撮影 *	100.00			
胃検診 (血中ペプシノゲン判定)	100.00			
子宮癌検診 (子宮頸癌細胞診)	100.00			
前立腺癌検診 (血中 PSA 判定)	100.00			
乳癌検診 (マンモグラフィ) *	250.00			
その他:				
遠隔医療サービス TmS	1 家族 300.00			
事務手数料 (5人以上は無料)	1 申込 50.00			
合計金額				

*受診時妊娠の疑いがある女性は胸部 X 線撮影とマンモグラフィ不可, 授乳中止後 1 ヶ月経過していない女性はマンモグラフィ不可ですので, 可能性がある場合は申し込まないようご注意ください。受けられなかった場合の返金はありません。

請求書宛名 (個人名の場合のみ記入):

予約希望日時

第1・2・3 希望の受付時間帯に (1)・(2)・(3)とご記入ください。必ず第3希望までご記入願います。予約時間に関するご希望がございましたら, 余白にご記載ください。可能な限り配慮致します。予約日時の決定は入金確認順となります。ご参考までに, 子宮癌検診・乳癌検診・健康相談を別として, 成人健診の所要時間は平均1時半と思われませんが, 病院の混み具合で大きく前後します。終了時間のお約束はできません。

2010 年	9 月 13 日(月)	9 月 14 日(火)	9 月 15 日(水)	9 月 16 日(木)	9 月 17 日(金)
8:15~9:00					
9:00~9:45					
13:00~13:45					

記入者名: 記入日 2010 年 月 日

企業名: 連絡先 tel:

所在地*:

*請求書宛名が事業所の場合は事業所所在地, 個人の場合は自宅住所をご記入下さい。

e-mail:@..... fax: