

定期健康診断申込書

第1回締切日
5/1(木)まで!

事業所名 _____
 〒 _____
 住 所 _____
 電話番号 _____
 FAX 番号 _____

受付時間 午後1時15分～2時45分まで 《時間厳守》

受付場所 (一財) 下越総合健康開発センター (新発田市本町 4-16-83)

健 診 予 定 日		A 健 診 (9 項目)	B 健 診 (6 項目)	備 考	
第 1 回	平成30年 5月	25日 (金)	名	名	
		28日 (月)	名	名	
		29日 (火)	名	名	
		30日 (水)	名	名	
		31日 (木)	名	名	
第 2 回	平成30年 9月	25日 (火)	名	名	*26日は胃ガン検診受診できません。
		26日 (水)	名	名	
		27日 (木)	名	名	
		28日 (金)	名	名	
	10月	1日 (月)	名	名	

オプション検診について

ご希望の方は、備考欄に**健診日・健診名・お名前**を記入下さい。*オプション検診は正規価格になります。

・胃がん検診 4,396円(税込)	・大腸がん検診 1,696円(税込)
・肺がん検診 3,046円(税込)	・じん肺健康診断 3,300円(税込)
・有機溶剤健康診断・特定化学物質健康診断 (扱っている溶剤の種類により料金は異なります。料金詳細はセンターまで。(TEL24-1145))	

※オプション健診をお申込みの方は、下越総合開発センター(TEL 24-1145)より内容確認のお電話をさせていただく場合がありますのでご了承ください。
 ※上記料金については変更になる場合がございます。