

東大阪商工会議所 振興部 行

FAX: 06-6725-3611

ダイヤル間違いによる誤送信が多発しておりますので
お間違えのないようご注意ください

お申込み日 平成 年 月 日

従業員健康診断 申込書

事業所名 _____ 担当者名 _____

所在地 〒 _____ 部署名 _____

電話 _____ FAX _____

昨年本健康診断を受診した 初めて受診する (いずれかにしてください)

集 合 健 診						
本 所	6/8 (木)	6/21 (水)	7/6 (木)	11/16 (木)	12/5 (火)	
全項目受診	名	名	名	名	名	
⑨～⑭ 省 略	名	名	名	名	名	
大腸ガン検査	名	名	名	名	名	
特殊健康診断 ()	名	名	名	名	名	
東 支 所	5/16 (火)	5/17 (水)	6/16 (金)	7/19 (水)	11/24 (金)	12/13 (水)
全項目受診	名	名	名	名	名	名
⑨～⑭ 省 略	名	名	名	名	名	名
大腸ガン検査	名	名	名	名	名	名
特殊健康診断 ()	名	名	名	名	名	名
巡 回 健 診						
全項目受診			名			
⑨～⑭ 省 略			名			
大腸ガン検査			名			
特殊健康診断 ()			名			

特殊健康診断	内 容	価 格
①有機溶剤(共通)検査	業務歴調査、有機溶剤による自覚症状および他覚症状の既往歴調査	2,160 円
②代謝物検査	(トルエン、キシレン等)検査	3,240 円
③じん肺	胸部直接撮影	3,240 円
④肝機能検査	GOT・GPT・γ-GTP・ALP・T-BILL	1,730 円
⑤腫瘍マーカー検査	基本セット(肝臓、膵臓、胆のう、腸、肺ガン検査)	6,480 円
⑥胃がんリスク(ABC)検査	ペプシノゲン I/II、ヘリコバクター・ピロリ抗体	7,020 円

※ 受診希望日は、お申込み日より2週間後以降で設定して頂きますようお願い致します

※ 表記の特殊健康診断の項目は代表的なものです。詳しくはお問い合わせ下さい。