

# 見積り・申込み依頼書

医療法人社団 常仁会 牛久愛和総合病院

総合健診センター 企業健診担当 宛

FAX送信日

TEL : 029-873-4334

FAX : 029-873-2939

年 月 日

社名		担当者様名	
住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
電話番号 FAX番号	/		

## 基本コース

<b>1、健康診断A</b> ¥6,050- (税込)
業務歴及び既往歴の調査 自・他覚症状の有無 身長・体重・視力・聴力 (1000、4000Hz) 血圧 尿検査 (糖・蛋白・潜血・ウロビリノーゲン) 胸部X線 (直接撮影のみ)
<b>2、健康診断B</b> ¥7,700- (税込)
健康診断A + 心電図 (12誘導)
<b>3、健康診断C</b> ¥10,450- (税込)
健康診断A + 血液検査 ・貧血検査 (赤血球数・白血球数・ヘモグロビン・ヘマトクリット) ・肝機能検査 (GOT・GPT・γ-GTP) ・脂質検査 (中性脂肪・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール) ・糖代謝検査 (空腹時血糖)
<b>4、健康診断D</b> ¥12,100- (税込)
健康診断C + 心電図 (12誘導)

## 1 希望コース

※複数ある場合は全て記入して下さい。

\_\_\_\_\_ コース

## 2 資料送付先

会社 ・ 本人

その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3 結果送付先

会社 ・ 本人

その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4 請求先

※請求は月末締めとなります。

会社 ・ 健保

その他 ( \_\_\_\_\_ )

◆検査項目の追加等、何かございましたら記入をお願い致します。

--