

定期健康診断申込書

第3回締切日
12/26(金)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)	【備考】 雇用健診及びオプション検査を希望の場合は、受診者名・フリガナ・性別・生年月日・オプション名・健診日を必ずご記入ください。記入しきれない場合は別紙で提出願います。
第3回	令和8年1月	27日(火) 名	
		28日(水) 名	
		29日(木) 名	
		30日(金) 名	

オプション検診について

ご希望の方は、備考欄に氏名・フリガナ・性別・生年月日・オプション名・健診日をご記入ください。オプション検診は正規価格になります。

・胃がん検診 5,654円(税込)	・大腸がん検診 2,035円(税込)
・肺がん検診 3,377円(税込)	・じん肺健康診断 3,850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が異なります。料金詳細はセンターまで。(TEL28-1881)	

※オプション検診をお申込みの方は、下越総合健康開発センター(TEL 涉外広報課直通 28-1881)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。