

みゆき会健診センター ドック・健診申込用紙(個人用)

フリガナ			明・大 年 月 日	
氏名		生年月日	昭・平 年 月 日	
ご住所	〒 -			
お勤め先		お勤め先 ご住所		
希望コース	<input type="checkbox"/> 法廷健診	希望日	第1 年 月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> 生活習慣病予防健診		第2 年 月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> 人間ドック		第3 年 月 日 ()	
	<input type="checkbox"/> オプション検査のみ			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
希望 オプション	<input type="checkbox"/> 大腸カメラ	17,000	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー基本3種	5,000
	<input type="checkbox"/> 胃カメラ	11,600	<input type="checkbox"/> 肺がんセット	8,000
	<input type="checkbox"/> LOX-index	15,000	<input type="checkbox"/> 肝臓がんセット	3,000
	<input type="checkbox"/> MAST36	18,000	<input type="checkbox"/> 消化器がんセット	2,800
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診A	5,400	<input type="checkbox"/> 女性用がんセット	6,000
	<input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診B	9,400	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(単体)	2,000
	<input type="checkbox"/> 乳がん検診	4,500	・CEA ・AFP ・CA19-9 ・抗p53抗体 ・SCC ・PSA ・CA125	