日帰り人間ドック申込書

FAX:092-714-1059

FAX送信日:　　年　　月　　日
（お申込み ⇒ 福岡国際総合健診センター）

※太枠をご記入下さい。

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		生年月日	年　　月　　日	性別	男 ・ 女
会社名					
健康保険組合名					
保険証記号番号	記号　　番号　　本人 ・ 家族				
住所（送付先）	〒　　－　　（問診票・結果票のお届け先をご記入下さい）				
連絡先	TEL　　（日中連絡の取れる連絡先をご記入下さい）				
受診希望日	第①希望　　月　　日　　第②希望　　月　　日 第③希望　　月　　日				

★ 人間ドック料金（税込）　40,920円

以下オプション項目、ご希望の検査項目にチェックを入れて下さい。（価格は全て税込です。）

□ 胃内視鏡（カメラ）へ変更	2,200円	□ 前立腺検査（PSA）	2,750円
□ 子宮頸がん検診	3,850円	□ 腫瘍マーカー（CEA）（腺がん）	1,430円
□ 乳腺超音波検査	3,850円	□ 腫瘍マーカー（CA19-9）（膵臓）	1,870円
□ マンモグラフィー検査（2方向）	5,500円	□ 腫瘍マーカー（AFP）（肝臓）	1,650円
□ 血圧脈波検査	2,200円	□ 腫瘍マーカー（CA125）（卵巣）	2,090円
□ 骨密度検査	3,960円	□ C型肝炎（HCV抗体）	2,750円

● 上記、太枠内をご記入後、**092-714-1059へFAX**をお願い致します。

● ご記入いただきました内容を確認の上、弊センターよりご連絡致します。その際に、最終的な日程の確認をさせていただきます。

〒810-0001　福岡市中央区天神2-13-7　福岡平和ﾋﾞﾙ2F　TEL:092-712-7776

公益財団法人　ふくおか公衆衛生推進機構　福岡国際総合健診ｾﾝﾀｰ