

**協和クリニック:Aコース用**

(34才までと36才~39才の方):注

(一社)東京都トラック協会城東支部 令和4年度検診受診申込書

会社名

住 所

※受診料(オプション別):税込 @4,400円

連絡先

No.	オプション	(フリガナ) 氏 名	男 女	生年月日( 才 )	受診日	希望受付時間
1		( )		( )		
2		( )		( )		
3		( )		( )		
4		( )		( )		
5		( )		( )		
6		( )		( )		
7		( )		( )		
8		( )		( )		
9		( )		( )		
10		( )		( )		
11		( )		( )		
12		( )		( )		
13		( )		( )		
14		( )		( )		
15		( )		( )		
16		( )		( )		
17		( )		( )		
18		( )		( )		
19		( )		( )		
20		( )		( )		

※本紙が不足する場合はコピーしてお申し込み下さい

※別途オプション検診を希望される方は、氏名の前のオプション欄にご希望の記号を記入して下さい

注)本コースは上記対象年齢のうち、医師が血液、心電図、腹囲検査を省略出来ると判断した方のコースです

**協和クリニック: Bコース用**

(原則として全員がBコースを受診してください)

(一社)東京都トラック協会城東支部 令和4年度検診受診申込書

会社名

住 所

※受診料(オプション別): 税込 @10,000円

連絡先

No.	オプション	(フリガナ) 氏 名	男 女	生年月日( 才 )	受診日	希望受付時間
1		( )		( )		
2		( )		( )		
3		( )		( )		
4		( )		( )		
5		( )		( )		
6		( )		( )		
7		( )		( )		
8		( )		( )		
9		( )		( )		
10		( )		( )		
11		( )		( )		
12		( )		( )		
13		( )		( )		
14		( )		( )		
15		( )		( )		
16		( )		( )		
17		( )		( )		
18		( )		( )		
19		( )		( )		
20		( )		( )		

※本紙が不足する場合はコピーしてお申し込み下さい

※別途オプション検診を希望される方は、氏名の前のオプション欄にご希望の記号を記入して下さい

※Bコース項目: Aコース項目+血液検査(9種)+心電図検査、腹囲検査