

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6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6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