

# 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。

フリガナ 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(税別) 36,200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。(価格は全て税別です。)

- |  |        |   |        |
|--|--------|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 胃内視鏡(カメラ)へ変更    | 2,000円 | <input type="checkbox"/> 前立腺検査(PSA)         | 2,500円 |
| <input type="checkbox"/> 子宮頸がん検診         | 3,000円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(CEA)(腺がん)   | 1,300円 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺超音波検査         | 3,000円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(CA19-9)(膵臓) | 1,700円 |
| <input type="checkbox"/> マンモグラフィー検査(2方向) | 4,500円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(AFP)(肝臓)    | 1,300円 |
| <input type="checkbox"/> 乳腺触診検査          | 2,100円 | <input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー(CA125)(卵巣)  | 1,800円 |
| <input type="checkbox"/> 骨密度検査           | 3,000円 | <input type="checkbox"/> C型肝炎(HCV抗体)        | 2,500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 福岡平和ビル2F TEL:092-712-7776

公益財団法人 福岡県すこやか健康事業団 福岡国際総合健診センター