

海外・健康診断申込書 (Aコース)

[当院使用欄]

- カルテ
- キット(/)
- 健診システム

* 欄は、領収書名=個人名の方はご記入頂かなくて結構です 申込日 / 年 月 日

*会社名 (請求先)		担当者	部署名 氏名
*所在地	〒		
*TEL番号		FAX番号	
案内書 (検査キット) 送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人	検査結果 送付先	<input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> 個人
お支払方法	<input type="checkbox"/> 会社請求 <input type="checkbox"/> 窓口払い	⇒ 窓口払いの方 領収書の宛名	<input type="checkbox"/> 会社名 <input type="checkbox"/> 個人名

フリガナ		男 女	生年月日	受診日
受診者名 ①		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	年 月 日 (才)	月 日 :
ローマ字表記			TEL番号	
現住所 (連絡先)	〒			
渡航国:	都市:	<input type="checkbox"/> 赴任前 <input type="checkbox"/> 一時帰国 <input type="checkbox"/> 帰国後		
出発/帰国日:	期間:	★選択して下さい <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃バリウム		
その他:				

フリガナ		男 女	生年月日	受診日
受診者名 ②		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族	年 月 日 (才)	月 日 :
ローマ字表記			TEL番号	
現住所 (連絡先)	〒			
渡航国:	都市:	<input type="checkbox"/> 赴任前 <input type="checkbox"/> 一時帰国 <input type="checkbox"/> 帰国後		
出発/帰国日:	期間:	★選択して下さい <input type="checkbox"/> 胃内視鏡 <input type="checkbox"/> 胃バリウム		
その他:				

★オプション項目 ・希望項目にチェックして下さい。(費用はオプション一覧表でご確認下さい)
 ・下記以外の検査もご用意しております。お気軽にご相談下さい。

		受診者名	①	②
腫瘍 マ ー カ ー	膵臓癌	CA19-9		
	肝臓癌	PIVKA-II		
	前立腺癌	PSA		
	乳 癌	CA15-3		
	卵巣癌	CA125		

医療法人社団TCJ トラベルクリニック新横浜
 TEL: 045-470-1011 FAX: 045-470-1012