

2024年度定期健康診断 変更依頼書

令和6年 月 日

会社名	
T E L	
担当者名	

変更内容 該当項目に してください

- 受診者の変更 ※「変更前の氏名」と「変更後の氏名・フリガナ・生年月日・性別」を記入欄へ
- 受診者の追加 ※「追加者の氏名・フリガナ・生年月日・性別」と「希望受診項目」を記入欄へ
- その他 ※キャンセルの場合は記入欄へ
 キャンセル・変更・追加の期限は9月6日(金)までとなります。

〈 記入欄 〉

〈 希望受診項目 〉 **太枠** へ人数をご記入ください ※税込み表示

項目	人数	一般 単価×人数	つつじ 単価×人数	労働 単価×人数	金額
一般健診		6,720×	5,500×	5,300×	
胃部レントゲン		3,990×	3,580×	3,380×	

項目	人数	単価	金額	項目	人数	単価	金額
腫瘍マーカー		6,370		大腸がん		1,750	
前立腺がん		4,100		じん肺		3,310	
ABC 検査		3,100					

追加料金合計	円
--------	---

※問診表がお手元に届いてからの、変更等にはご対応できない場合もあります。また、受診者本人以外の名前の入った問診票は利用できません。(検尿キッドの利用は可能です)
 ※ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診結果の通知等目的以外に利用いたしません。なお、受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。
 ※受診者の変更は従業員のご家族・従業員に限ります。

事務局処理欄

変更受付日	／	健診受付番号		TOASコード	
公衆連絡日	／	追加料金入金日		担当者	