

送付先：(一社)成田労働基準協会 【e-Mail】 narita-rouki@gol.com 【FAX】 0476-23-3594

実施機関：日本健康倶楽部

申込日：2024年 月 日

## 定期健康診断申込書

〔料金単価：8,900円（税込：9,790円）〕

事業所名等	*正式名称でご記入ください（例：株式会社〇〇商事）					
所在地	〒					
ご担当部署	TEL					
	FAX					
ご担当者名	E-mail					
受診予定人数	男性	人	女性	人	合計	人
健康診断実施希望日	※可能な限りご希望に添えるように調整したいので、ご希望されるおおよその日程、曜日、時間等の候補をできるだけ多く教えてください。 (例1：4～6月の水曜の午後15時頃、例2：4、5月平日午前中であればいつでも良い) (例3：4月20日(月)～24日(金)の朝早い時間。それが無理なら左記日程で15時以降)					
	第一希望		第二希望		第三希望	
その他						

### ※特殊健診やその他健診・検査のご希望

健診・検査種別	基本料金	予定人数	備考
有機溶剤健診	1,900円～	人	取扱溶剤等で異なります
特化物健診	2,000円～	人	取扱物質等で異なります
VDT健診	2,500円～	人	作業内容・時間等で異なります
腰痛健診	1,000円～	人	配置前・定期で異なります
じん肺健診	3,000円～	人	前回管理区分で異なります
騒音健診	2,430円～	人	配置前・定期で異なります

※上記の他、各がん検診や生活習慣病予防の検査等実施可能です。  
料金及び実施項目は、様々な条件によって異なります。  
担当者がお伺いしてお見積もらせていただきます。  
ご興味がある健診、検査がございましたら下記にご記入ください。