

セルフケア健診FAX申込書

FAXでのお申込は本用紙をご利用願います。

FAX送信先

025-379-1252

▼お申込者様 ※印の項目は必ずご記入ください

フリガナ		お申込日	令和 年 月 日
氏名※ (自著)	(男・女)	生年月日※	S・H 年 月 日 (歳)
ご住所※ (お届け先)	〒	TEL※	— —
		FAX	— —
		E-mail	@
勤務先※			

▼当会での受診歴(該当する箇所には○をつけ、必要事項をご記入ください。)

<input type="checkbox"/> あり(人間ドック)	施設名	健診日	年 月 日	受診No.
<input type="checkbox"/> あり(健康診断)	事業所コード	個人コード		
<input type="checkbox"/> 初めての方	※事業所コード及び個人コードにつきましては、ご本人確認・前履歴参照の為、当会健診時の健康診断結果をご参照の上、ご記入をお願いいたします。			

▼ご希望のプランに○印をご記入ください

プラン名※	料金
A: 脂質異常症改善プラン	3,410円 (本体価格3,100円+消費税310円)
B: 肝機能改善プラン	3,410円 (本体価格3,100円+消費税310円)
C: 糖尿病改善プラン	3,410円 (本体価格3,100円+消費税310円)
D: 生活習慣改善プラン	4,510円 (本体価格4,100円+消費税410円)

▼ご希望のお届け時間帯に○印をご記入ください

採血セットお届け希望時間帯※		
午前中		18時~20時
14時~16時		19時~21時
16時~18時		希望しない

▼上記のA~Dのプランを選択の上、ご希望のオプションに○印をご記入ください

オプション	料金
便潜血検査	1,800円 (本体価格1,636円+消費税164円)
喀痰(かくたん)細胞診検査	3,200円 (本体価格2,909円+消費税291円)
HPVセルフチェック	5,500円 (本体価格5,000円+消費税500円)
便中ヘリコバクターピロリ抗原検査	3,200円 (本体価格2,909円+消費税291円)
睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査	4,000円 (本体価格3,636円+消費税364円)
推定塩分摂取量、推定カリウム摂取量、Na/K比	800円 (本体価格727円+消費税73円)

※オプション検査のみお申込みの方は、左記よりご希望の検査に○印をご記入ください。
その際、送料として別途1,500円をご負担いただきますのでご了承ください。

※料金は消費税10%となっております。

お申込み前に、必ずお読みください

●検査について

お申込みいただいた全ての採取終了後、返送までは冷蔵保存をし、速やかに返送をお願いいたします。返送時には遠心機を含む全ての備品の返却をお願いいたします。
また、検体不良の際には、再採取をお願いする場合がありますので、ご了承ください。

おい クロネコ

集荷お申し込み先 0120-01-9625

ヤマト運輸集荷専用フリーダイヤル

※受付時間 午前8時から午後9時まで

※スマートフォン・携帯電話からは下記連絡先をご利用ください。

0570-200-000(有料)

●お支払い、返品について

料金は商品到着時に代金引換となります。
現金でお支払いください。
(各種料金にはクール便での検体返送費用も含まれております。)
商品到着後、お客様のご都合によりキャンセルされる場合は、「8日以内」に限り、未開封品のみとさせていただきます。

●個人情報検査の目的のみに使用し、他に流用しません。

●年末年始、ゴールデンウィーク時の営業については下記連絡先へお問い合わせください。

一般社団法人 新潟県労働衛生医学協会 臨床検査部

025-370-1022