



『青色ドックFAXご予約カード』

FAX03(3393)2864

〔公社〕杉並青色申告会(小野)行

事業主名	(ふりがな) お名前		
ご住所	〒 -		
ご連絡先	【事業所】 () - () - () 【携帯電話】 () - () - ()		
受診される方	(ふりがな) お名前	年 齢 才	性 別 男・女
	(ふりがな) お名前	年 齢 才	性 別 男・女
	(ふりがな) お名前	年 齢 才	性 別 男・女

受診者ごとに をつけてください	受診料金			
基本検査	青色共済加入 無	14,000円		
	青色共済加入 有	12,500円		

選択検査(ご希望の検査に受診者ごとに をつけてください)				
前立腺検査(男性のみ)		2,500円		
エストロゲン検査(女性のみ)		2,000円		
眼底検査		2,500円		
ピロリ菌検査		1,500円		
B型肝炎検査		1,500円		
C型肝炎検査		2,000円		
骨粗しょう症検査		2,200円		
喀痰検査		2,600円		
便潜血反応検査		1,600円		
子宮頸ガン検査(女性のみ)		2,700円		
腹部超音波検査	5,000円	両方受診 した場合 合計7000円		
乳房超音波検査	3,000円			
受診料金 (基本検査 + 選択検査)				