



『青色ドックFAXご予約カード』

FAX03(3393)2864

〔公社〕杉並青色申告会(杉山)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			
標準検査	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			
眼底撮影検査	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			
視力検査	500円			
聴力検査	700円			
受診料金 (標準検査 + 選択検査)				