


お手軽検査申込書

平成 年 月 日

ふりがな		性別
お名前		男 ・ 女
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日(才)
住所	〒 -	
電話番号	()	
郵送を希望しますか？(○をつけてください)	はい	いいえ

お手軽検査項目を ○で囲んでください	お手軽検査項目	金額(税込)
	血糖値	1,080円
	肝臓	540円
	コレステロール・中性脂肪	540円
	腎臓・痛風	1,080円
	合計	円

※必要事項にご記入頂き、受付に提出してから料金をお支払い下さい。

 横浜東邦病院