追加検査申し込み用紙

送信先	（公財）山口県予防保健協会 企画管理グループ　御中 FAX （083）923-5567　　TEL（083）933-0008			
件名	追加検査の申し込み			
発信元	住所			
	団体名			
	担当者名		電話番号	

ご希望される検査に○をご記入ください。

受診者氏名	胃がん検診	ピロリ菌抗体	PG	NT-proBNP	PSA（男性のみ）	CA125（女性のみ）	CEA	TPA	CA19-9	男性セット	女性セット