

ブライダルチェック 申込書

氏名				
生年月日	昭和・平成	年	月	日生（ 歳）
結婚の予定	あり	（	年 月予定）	・ なし

※希望される項目にチェック☑を入れて下さい。

	検査項目	検査媒体	料金（税抜）	チェック欄
基本セット （ 初診料・再診料・検 査料すべて込み）	<ul style="list-style-type: none"> ・ 淋菌 ・ クラミジア ・ 梅毒 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV（エイズ） 	尿+血液	20000円	
	<ul style="list-style-type: none"> ・ 淋菌 ・ クラミジア 	咽頭	3000円	

オプション	精液検査	精液	5000円	
	風疹抗体	血液	2000円	
	麻疹抗体	血液	3000円	

先生へのご質問等がございましたらお書きください