

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（税込）	チェック欄
基本セット （ 初診料・再診料・検査料すべて込み）	・ 淋菌 ・ クラミジア ・ 梅毒 ・ B型肝炎 ・ C型肝炎 ・ HIV（エイズ）	尿+血液	22000円	<input type="checkbox"/>
	・ 淋菌 ・ クラミジア	咽頭	3300円	<input type="checkbox"/>

オプション	精液検査	精液	5500円	<input type="checkbox"/>
	風疹抗体	血液	2200円	<input type="checkbox"/>
	麻疹抗体	血液	3300円	<input type="checkbox"/>

先生へのご質問等がございましたらお書きください