附件9

常州市武进区中西医结合医院体检项目申报单

申报单位： 姓名： 性别：

身份证号： 电话号码：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 固定项目 | 收费标准 | 备注 |
|  | 肝功能10项、血脂4项、肾功能3项、空腹血糖、血细胞分析、尿沉渣、B超：肝胆脾胰、双肾、甲状腺彩超、心电图、胸部CT、男(女)性肿瘤指标 | 388元 | （CEA,AFP,CA199,PSA,FPSA,FER）男肿（CEA,AFP,CA199,CA125,CA153,FER）女肿 |
| 序号（体检项目名称序号） | 自选项目名称 | 优惠价格 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 合计 | 总费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元，其中自理费用\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元。 | | |

申报人签名： 单位审核人签名：

年 月 日

1.自选项目必须填写序号并填写具体项目名称，参检人员自行合计费用，单位负责审核。

2．此表经参检人员填写后由各单位联络员于6月7日前纸质版送到横林医院行政3楼医务科吴晓丽处。

3．体检结束登记处领取早餐劵，务必把下发的体检导检单交到体检登记处或行政3楼医务科吴晓丽处。

4. 体检时间：周一至周六，6:30-8:30，务必空腹。