

# がん集団検診申込書

受付日 年 月 日

検 診 種 類	検 診 日	検 診 会 場	受 診 券 番 号
胃がん検診	年 月 日		
腹部超音波検診	年 月 日		
子宮がん検診 ※いずれかに○ — → 午前・午後	年 月 日		
※医療機関で視触診を受診した方は、医療機関が配付する専用ハガキで申し込んでください。			
乳がん検診 ※いずれかに○ — → 午前・午後	年 月 日		
住 所	〒		
氏 名		生年月日	
カ ナ 氏 名		電話番号	— —

※太枠内に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送（要切手）してください。

# がん集団検診申込書

受付日 年 月 日

検 診 種 類	検 診 日	検 診 会 場	受 診 券 番 号
胃がん検診	年 月 日		
腹部超音波検診	年 月 日		
子宮がん検診 ※いずれかに○ — → 午前・午後	年 月 日		
※医療機関で視触診を受診した方は、医療機関が配付する専用ハガキで申し込んでください。			
乳がん検診 ※いずれかに○ — → 午前・午後	年 月 日		
住 所	〒		
氏 名		生年月日	
カ ナ 氏 名		電話番号	— —

※太枠内に必要事項をご記入の上、FAXまたは郵送（要切手）してください。