

がん集団検診申込書

受付日 年 月 日

検診の種類	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○	年 月 日 → 午前・午後・夕方		
乳がん検診 ※いずれかに○	年 月 日 → 午前・午後・夕方		
住 所	〒 鹿児島市		
氏 名		生年月日	
カナ氏名		電話番号	

※必要事項をご記入のうえ、鹿児島市保健予防課までFAX（099-803-7026）
または郵送（官製ハガキに貼り付け）してください。

がん集団検診申込書

受付日 年 月 日

検診の種類	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○	年 月 日 → 午前・午後・夕方		
乳がん検診 ※いずれかに○	年 月 日 → 午前・午後・夕方		
住 所	〒 鹿児島市		
氏 名		生年月日	
カナ氏名		電話番号	

※必要事項をご記入のうえ、鹿児島市保健予防課までFAX（099-803-7026）
または郵送（官製ハガキに貼り付け）してください。