

# 乳がん・子宮頸がん検診 申込書

- ◆申込書は1人につき1枚提出してください
- ◆各検診日の申込者が定員を超えた場合は抽選を行います。

## ① 氏名・住所・電話番号・生年月日・年齢を記入してください

<b>検診場所：公立阿伎留医療センター</b>					
承諾書：検診を申し込むにあたり、検診結果を町が把握し、町の「保健事業」に活用することを承諾します。					
フリガナ			住所	日の出町 大久野・平井	
氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	年齢 歳
電話番号 携帯 自宅	- -	- -			

※電話番号は、平日昼間に連絡できる番号をお書きください。緊急の連絡をすることがあります。連絡が取れない場合は、検診日の決定を保留または他の方を優先させていただきます。

## ② 希望する検診日を記入し、検診の種類を○で囲んでください

	検 診 日	検診の種類 乳がん40歳以上 子宮がん20歳以上
第1希望	月 日 ( )	乳がん ・ 子宮がん
第2希望	月 日 ( )	乳がん ・ 子宮がん
第3希望	月 日 ( )	乳がん ・ 子宮がん
その他	いつでもよい・または、 (月・火・水・木・金) 曜日	乳がん ・ 子宮がん

## ③ 日の出町保健センターへ4月23日までに提出してください

以下は記入不要

事務処理欄  受付区分 窓口・電話・郵送	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">                 受付日             </div>	受付担当者 _____  申込整理番号 No. _____  名簿確認番号 No. _____
受診票郵送 (            /            発送)		