

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

検診場所：公立阿伎留医療センター					
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			住所		
電話番号	-	-	生年月日	昭和・平成	年齢
携帯 自宅	-	-		年 月 日	

※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: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"> 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)		