

平成30年度 がん検診等申込書

フリガナ				性別	
氏名				男・女	
生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳
住所	〒470-01□□ 日進市				
電話番号	() -				
健康保険の種類 (○をつけてください)	①日進市国保 ②後期高齢者医療 ③その他				

●40歳以上の人は、5月下旬頃にがん検診等受診券が送られます。個別がん検診希望の人は直接医療機関に予約してください(お手元に受診券が無い場合は保健センターまでご連絡ください)。

検査項目 ガイドP5～6の各検診の 対象年齢等を確認の上、 お申し込みください		希望する検診の□に(レ)をつけてください。 集団がん検診の場合は希望月日もご記入ください。				
		集団がん検診(会場:保健センター)		個別がん検診		
胃がん 検診	バリウム検査	<input type="checkbox"/>	月	日	託児希望 無・有 (歳)	
大腸がん検診		<input type="checkbox"/>	月	日		<input type="checkbox"/>
乳がん検診		<input type="checkbox"/>	月	日		<input type="checkbox"/>
子宮がん検診		<input type="checkbox"/>	月	日		<input type="checkbox"/>
骨粗しょう症検診		<input type="checkbox"/>	月	日		

- ・ 集団検診 申込み期限：検診日の3週間前まで(先着順)
検診日の約2週間前に詳しい案内をお送りします。
- ・ 個別検診 申込み期間：6月1日(金)～11月9日(金)