

令和3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	() —	
*がん検診等 受診券の有無	<input type="checkbox"/> あり (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) <input type="checkbox"/> なし	

※40歳以上の人と節目年齢の人(保健センターガイドP12)は、5月下旬頃にがん検診等受診券が送られます。40歳以上の人・節目年齢の人でお手元に受診券が無い場合は健康課へご連絡ください。

検査項目		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。		
ガイドP11~12の各検診の 対象年齢等を確認の上、 お申し込みください		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	
乳がん検診		<input type="checkbox"/>	月 日	
子宮がん検診		<input type="checkbox"/>	月 日	
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 申込み期限 : 11月5日(金)まで