

がん検診申込書

※第1希望のみ

ご記入ください。

住所	阿久比町
電話番号	※つながりやすい番号をご記入ください

名前	生年月日	希望日	希望する検診項目に○をつけてください。 ※事前に対象年齢のご確認をお願いいたします。
	S・H 年 月 日	/	胃・大腸・前立腺・乳腺・子宮・骨密度
	S・H 年 月 日	/	胃・大腸・前立腺・乳腺・子宮・骨密度
	S・H 年 月 日	/	胃・大腸・前立腺・乳腺・子宮・骨密度

※希望日が定員に達していた場合はご記入いただいた連絡先へ3/13(金)までにご連絡します。

<問合せ・申込み先> 阿久比町保健センター
電話 0569-48-1111
FAX 0569-48-7333