

がん検診申込書

(広報用申込書)

申し込み年月日 年 月 日

氏名	(下記申し込み欄にご記入ください)		住所	宇陀市
電話番号	自宅		携帯	持ち主()

下記の表に受診を希望する方の氏名・生年月日を記入の上、希望する検診欄に○をつけて FAX、郵送、またはお電話で令和6年4月26日(金)まで(必着)にお申し込みください。

●検診の内容等については内面をご確認ください。

集団検診	午前					午後		土日検診 希望
氏名 生年月日	胃がん検診 (バリウムのみ)	肺がん 結核検診	大腸がん 検診	肝炎ウイルス 検診 (過去に検査した ことのない方)	前立腺がん 検診	乳がん 検診	子宮がん 検診	
氏名 S・H 年 月 日								
氏名 S・H 年 月 日								

個別検診									
実施機関	氏名 生年月日	胃がん検診 (いずれか一つを選択)		肺がん 結核 検診	大腸がん 検診	肝炎 ウイルス 検診 (過去に検査した ことのない方)	前立腺 がん 検診	乳がん 検診	子宮がん 検診
		透視 (バリウム検診)	内視鏡 (カメラ検診)						
宇陀市立病院	氏名 S・H 年 月 日								
	氏名 S・H 年 月 日								
移動診療車 (大宇陀人權交流センター 田原区集会所)	氏名 S・H 年 月 日								
	氏名 S・H 年 月 日								
済生会中和病院	氏名 S・H 年 月 日								
	氏名 S・H 年 月 日								
国保中央病院	氏名 S・H 年 月 日								
	氏名 S・H 年 月 日								
市内医療機関	氏名 S・H 年 月 日	谷口内科医院		辻村病院 東里・田口診療所 谷口内科医院				グランソール奈良	県内指定医療機関
	氏名 S・H 年 月 日	谷口内科医院		辻村病院 東里・田口診療所 谷口内科医院				グランソール奈良	県内指定医療機関