

令和 8 年度 乳がん・子宮がん集団健診申込用紙

氏名		生年月日	R9.3.31 時点 (歳)
住所	阿見町	電話番号	※連絡の取れる番号を記入してください

①希望する項目に○をつけてください

	子宮けいがん検診(20歳以上)		骨粗しょう症検診(25~70歳)		大腸がん検診(40歳以上)
	乳がん検診 超音波のみ (39歳以下)		乳がん検診 超音波+マンモ (40歳~56歳 偶数年齢)		乳がん検診 マンモのみ (40歳以上 偶数年齢)

②希望日程を記入してください ※申込状況により、希望以外の日時でご案内することがあります

第1希望	なし ・ 月 日 (午前・午後)	※子宮けいがん検診は午後のみです
第2希望	なし ・ 月 日 (午前・午後)	

【自由記載欄】日程について配慮を求めたい場合はこちらに記入してください

(例：仕事・育児・介護等で○日を希望する、会場は○○を希望、会場は問わないが時間帯は○時台がよいなど)

申込締切 3月23日(月) ※当日必着

申込先

〒300-0331 阿見町阿見 4671-1
健康づくり課(総合保健福祉会館内)