

R8 腹部超音波検診・大腸がん検診申込用紙

切 6/30(火) 必着

氏名		生年月日	
電話番号		住所	

※希望する検診に○をつけてください 複数選択可

健診項目	<input type="checkbox"/>	腹部超音波検診		<input type="checkbox"/>	9/7(月)		
	<input type="checkbox"/>	大腸がん検診		<input type="checkbox"/>	9/8(火)		
/		/		<input type="checkbox"/>	9/9(水)		
時間	<input type="checkbox"/>	8:00～8:45	のあいだ	日程	<input type="checkbox"/>	9/11(金)	本郷ふれあいセンター
	<input type="checkbox"/>	9:00～9:45	のあいだ		<input type="checkbox"/>	9/14(月)	さわやかセンター
	<input type="checkbox"/>	10:00～10:45	のあいだ		<input type="checkbox"/>	9/29(火)	
	<input type="checkbox"/>	11:00～11:45	のあいだ		<input type="checkbox"/>	9/30(水)	

【自由記載欄】 日程・受付時間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