

乳がん検診(デイリーマンモ) 申込書

送信日: 年 月 日

ご発信元	返信先のご指定
お名前: 様	FAX: - - 〔職場・自宅・その他: 〕
TEL: - -	E-mail: 〔職場・自宅・その他: 〕

Ⓜ 日中、ご連絡のつく番号をご記入ください

Ⓜ いずれか、ご希望の返信先をご記入ください

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

本紙を含み 枚

ふりがな		診察券番号										
氏名	様	性別	男 ・ 女									
生年月日	年 月 日生	年齢	歳									
現住所	〒											
コース	<input type="checkbox"/> 乳がん検診のみ <input type="checkbox"/> 乳がん検診+子宮がん検診											
札幌市の補助	<p>該当する項目を選択してください。</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>乳がん検診について</p> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で40歳以上の偶数歳の方</td> <td style="vertical-align: top;"> <p>子宮がん検診について</p> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で20歳以上の偶数歳の方</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の50歳以上の偶数歳の方</td> <td> <input type="checkbox"/> 札幌市の子宮がん無料クーポン券をお持ちの方</td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/> 札幌市の乳がん無料クーポンをお持ちの方</td> <td> <input type="checkbox"/> 上記以外の方</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> 上記以外の方</td> </tr> </table>			<p>乳がん検診について</p> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で40歳以上の偶数歳の方	<p>子宮がん検診について</p> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で20歳以上の偶数歳の方	<input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の50歳以上の偶数歳の方	<input type="checkbox"/> 札幌市の子宮がん無料クーポン券をお持ちの方	<input type="checkbox"/> 札幌市の乳がん無料クーポンをお持ちの方	<input type="checkbox"/> 上記以外の方	<input type="checkbox"/> 上記以外の方		
<p>乳がん検診について</p> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で40歳以上の偶数歳の方	<p>子宮がん検診について</p> <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で20歳以上の偶数歳の方											
<input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の50歳以上の偶数歳の方	<input type="checkbox"/> 札幌市の子宮がん無料クーポン券をお持ちの方											
<input type="checkbox"/> 札幌市の乳がん無料クーポンをお持ちの方	<input type="checkbox"/> 上記以外の方											
<input type="checkbox"/> 上記以外の方												
検査内容	<p>検査内容を選択してください。</p> <table border="0"> <tr> <td>乳がん検診</td> <td><input type="checkbox"/> マンモグラフィのみ</td> <td><input type="checkbox"/> 乳腺エコーのみ</td> <td><input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳腺エコー</td> </tr> <tr> <td>子宮がん検診</td> <td><input type="checkbox"/> 頸部のみ</td> <td><input type="checkbox"/> 頸部+経膈エコー</td> <td><input type="checkbox"/> 頸部+体部(経膈エコー含む)</td> </tr> </table>			乳がん検診	<input type="checkbox"/> マンモグラフィのみ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコーのみ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳腺エコー	子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 頸部のみ	<input type="checkbox"/> 頸部+経膈エコー	<input type="checkbox"/> 頸部+体部(経膈エコー含む)	
乳がん検診	<input type="checkbox"/> マンモグラフィのみ	<input type="checkbox"/> 乳腺エコーのみ	<input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳腺エコー									
子宮がん検診	<input type="checkbox"/> 頸部のみ	<input type="checkbox"/> 頸部+経膈エコー	<input type="checkbox"/> 頸部+体部(経膈エコー含む)									
希望日	<p><注>2週間以上(子宮がん検診をご希望の場合は1ヶ月以上)の余裕を持った日程をご記入ください。 〔乳がん検診〕月～金の午前、月～木曜日の午後 〔子宮がん検診〕月～金の午前 乳がん検診と子宮がん検診を両方ご希望の場合は月～金の午前の日程をご指定ください。</p> <table border="1"> <tr> <td>第1希望日</td> <td>年 月 日 ()</td> <td>午前・午後</td> </tr> <tr> <td>第2希望日</td> <td>年 月 日 ()</td> <td>午前・午後</td> </tr> <tr> <td>第3希望日</td> <td>年 月 日 ()</td> <td>午前・午後</td> </tr> </table>			第1希望日	年 月 日 ()	午前・午後	第2希望日	年 月 日 ()	午前・午後	第3希望日	年 月 日 ()	午前・午後
第1希望日	年 月 日 ()	午前・午後										
第2希望日	年 月 日 ()	午前・午後										
第3希望日	年 月 日 ()	午前・午後										
ご連絡事項など												