

子宮がん検診 申込書

送信日: 年 月 日

ご 発 信 元	返信先のご指定
お名前: 様	F A X: - - 〔 職場・自宅・その他: 〕
T E L: - -	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"/> 子宮がん検診のみ <input type="checkbox"/> 子宮がん検診+乳がん検診										
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><b>子宮がん検診について</b></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><b>乳がん検診について</b></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 style="vertical-align: top;"> <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 style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 札幌市の乳がん無料クーポン券をお持ちの方</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 札幌市の子宮がん無料クーポンをお持ちの方</td> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 上記以外の方</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> 上記以外の方</td> <td></td> </tr> </table>			<p><b>子宮がん検診について</b></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><b>乳がん検診について</b></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"/> 札幌市の乳がん無料クーポン券をお持ちの方	<input type="checkbox"/> 札幌市の子宮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><b>子宮がん検診について</b></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><b>乳がん検診について</b></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"/> 札幌市の乳がん無料クーポン券をお持ちの方										
<input type="checkbox"/> 札幌市の子宮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>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> <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> </table>			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)								
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								
希望日	<p>〈注〉1ヶ月以上の余裕を持った日程をご記入ください。〔子宮がん検診〕月～<b>金曜日</b>の午前</p>										
	第1希望日	年 月 日 ( )	午前								
	第2希望日	年 月 日 ( )	午前								
第3希望日	年 月 日 ( )	午前									
ご連絡事項など											