

表

8 5 円
切 手

をお貼り
ください

郵便はがき

1 9 8 - 0 0 4 2

青
梅
市
東
青
梅
一
一
七
四
一
一

青
梅
市
健
康
セ
ン
タ
ー

婦
人
が
ん
検
診
担
当

行

申込受付期間：①6/1(日)～6/16(月)
②10/1(水)～10/20(月)

必着

裏

乳がん・子宮頸がん検診申込書

ご希望の検診に✓をつけ、必要事項をご記入ください。

☐ 乳 が ん (対象:40 歳以上の女性)

☐ 子 宮 頸 が ん (対象:20 歳以上の女性)

ふりがな
名 前：_____

住 所：青 梅 市 _____

生年月日： 昭 ・ 平 年 月 日

電話番号： _____ (_____) _____

これより下は記入しないでください。

・ 年齢確認 ☐ 済 ☐ 済

・ 前年度受診歴 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 有

・ 入力 ☐ 済 ☐ 済

※点線で切り取り、ハガキに貼り付けてご利用ください。

乳がん・子宮頸がん検診申込書

ご希望の検診に✓をつけ、必要事項をご記入ください。

☒ 乳 が ん（対象：40 歳以上の女性）

☒ 子 宮 頸 が ん（対象：20 歳以上の女性）

ふりがな けんしん うめこ
名前：検診 梅子

住所：青梅市 東青梅1-174-1

生年月日：昭・平 50 年 4 月 2 日

電話番号：0428（23）2191

これより下は記入しないでください。

- | | | |
|---------|---------------------------------------|----------------------------|
| ・年齢確認 | ☒ 済 | ☐ 済 |
| ・前年度受診歴 | ☒ 無 | ☐ 無 |
| ・入力 | ☒ 済 | ☐ 済 |