

コピーしてお使いください

… FAX 送信状 …

年 月 日

公益財団法人 北海道対がん協会 札幌がん検診センター

予約係 行 FAX: 011-748-5526

【検診申込書】

検診日 2023年5月30日(火)午前
団体名 栄東連合町内会 (栄町新栄町内会

※胃・肺の検診をご希望の方は、それぞれどちらかをお選びください

班)

氏名	住所	※胃		※肺		大腸	子宮(頸部)	乳房(マンモ)	骨	特定健診	前立腺	バス
		カメラ	バリウム	エックス線	肺がんCT							
フリガナ	〒007- TEL	カ・バ	エ・CT	大	子	乳	骨	特	前			
氏名	東区											
フリガナ	〒007- TEL	カ・バ	エ・CT	大	子	乳	骨	特	前			
氏名	東区											

◆上記にない検診項目をご希望の方は、余白にご記入ください

※北海道対がん協会より 検診を受けられる皆様へ※

- 1) 受診希望の検診に○をおつけください。
送迎バスをご利用される方は「バス」の欄に○を、ご利用されない方は×をおつけください。
- 2) お申込みいただいた方には、検診日の約1週間前に【北海道対がん協会】より問診票を送付致します。ご住所は詳しくご記入お願いします。
問診票が届かない場合や予約の変更は直接【北海道対がん協会】へお問い合わせください。(TEL 748-5522)
- 3) 感染症対策として、検診にお越しいただく際には**不織布のマスク着用**をお願い致します。(布、ガーゼ、ウレタンのマスクは不可) 送迎バス及び検診センター内は定期清掃の他、アルコール消毒等をしております。また、定期的に換気を行っております。