

申込締切

5月9日

## … FAX 送信状 …

年 月 日

コピーしてお使いください

公益財団法人 北海道対がん協会 札幌がん検診センター  
予約コールセンター 行 FAX: 381-2478

## 【検診申込書】

※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

検診日 2025 年 5 月 30 日 (金) 午前

団体名 栄東連合町内会 栄町新栄町内会

| 氏名   | 住所等                       | ※胃        |      | ※肺    |       | 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 | TEL                       | カ         | バ    | エ     | CT    | 大      | 子       | 乳 | 骨    | 特   | 前  |
| 氏名   | 生年月日<br>(昭和 年 月 日生)<br>平成 | 〒 ー<br>東区 |      |       |       |        |         |   |      |     |    |
| フリガナ | TEL                       | カ         | バ    | エ     | CT    | 大      | 子       | 乳 | 骨    | 特   | 前  |
| 氏名   | 生年月日<br>(昭和 年 月 日生)<br>平成 | 〒 ー<br>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○を記入してください。

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×を記入してください。

なお、お帰りのバスは、バスご利用の皆様の検診が全て終了してから出発いたします。お帰りのバスをご利用されない場合は、係の者に一声おかけください。

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】より問診票を送付いたします。

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)