

申込締切

9月18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】

検 診 日 2025 年 10 月 9 日 (木) 午前
11 月 18 日 (火) 午前 ・ 午後

団 体 名 幌西地区連合町内会

※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

ご希望日にも○をつけてください↓

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	ご希望日	
		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		10 / 9 午前	11 / 18 午前	11 / 18 午後
氏名	生年月日 (昭和 平成 年 月 日生)	〒 ー 中央区											
フリガナ	TEL	カ・バ	エ・CT	大	子	乳	骨	特	前		10 / 9 午前	11 / 18 午前	11 / 18 午後
氏名	生年月日 (昭和 平成 年 月 日生)	〒 ー 中央区											

◆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)