

申込締切
10月31日

… 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
予約コールセンター 行 FAX: 381-2478

※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

【検診申込書】

検診日 2025 年 11 月 21 日 (金) 午前・午後
団体名 澄川第4町内会

ご希望の時間帯に必ず○をお付け下さい。↓

氏 名	住 所 等	※胃		※肺		大腸	子宮(頸部)	乳房(マンモ)	骨	特定健診	前立腺	バス	時間帯
		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			午前	午後
氏名	生年月日 (昭和 年 月 日生) 平成 年 月 日生	〒 南区											
フリガナ	TEL	カ・バ	エ・CT	大	子	乳	骨	特	前			午前	午後
氏名	生年月日 (昭和 年 月 日生) 平成 年 月 日生	〒 南区											

◆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)