

FAX:086-214-5652

特定健診・市健診(がん検診)申込用紙

①【受診項目】

申し込み日 年 月 日

★希望する受診項目に○を入れてください

★希望受診日は予約状況・休診等により、ご希望に添えない場合があります

特定健診	※受診券必要 有効期限をご確認ください ※受診券も一緒にFAXしてください
胃がん検診	レントゲン(バリウム)検査 ※午前のみ
胃がん検診	胃カメラ検査 ※検査説明に事前に来院していただくようになります。
肺がん検診	
大腸がん検診	
子宮がん検診	
乳がん検診	視触診+マンモグラフィー
肝炎ウイルス検査	(※過去に市健診で受けたことのある方はお受けいただけません)

【受診希望日】

★希望日は、申込日より2週間以上あけてください

第1希望	月 日 曜日	第2希望	月 日 曜日	第3希望	月 日 曜日
------	--------	------	--------	------	--------

★すべての欄に記入してください

フリガナ				診察券 ID番号 ※分かる方のみ 記入してください	
氏名					
生年月日	昭和・平成	年	月 日	性別	男・女
住所	〒 -				
①自宅電話番号	-	-	②携帯番号	-	-
受診日 連絡先	☐ ①自宅電話番号 ☐ ②携帯電話 ☐ ③上記以外番号()				

★その他、ご要望がございましたら下記にご記入ください。

--

★申込後、3日経っても連絡がない場合は

お手数ですが、086-214-5678 までご連絡ください

セントラル・クリニック伊島

③連絡	②予約	①受付
/	/	/