

検診専用

令和8年度

公立学校共済組合(大腸・子宮・乳がん検診) 申込書

各検診会場におこしいただいて実施する申込書です

FAX番号 017-765-2566

今回希望の検診項目に○印をしてください (大腸 子宮 乳)

〒 -

自宅住所

TEL

フリガナ
お名前

FAX

生年月日 昭和 年 月 日 (歳)
平成

所属名
学校名

組合員番号

検診項目	希望検診日	検診会場
大腸がん検診		
子宮・乳がん検診		

検診項目	検診日		検診会場	受付時間
大腸がん検診 (検体回収)	8月7日	金	弘前合同庁舎	7:00~9:00
	8月18日	火	十和田市合同庁舎	7:00~9:00
	8月24日	月	五所川原県合同庁舎	8:30~10:00
	11月2日	月	三沢市国際交流センター(仮)	9:00~11:00
	11月12日	木	黒石地区実施なし→弘前市千年公民館	9:00~11:00
	12月2日	水	来さまい館	9:00~11:00
子宮がん検診 ・ 乳がん検診	11月4日	水	十和田市合同庁舎	13:00~13:30
	12月3日	木	五所川原県合同庁舎	13:00~13:30
	12月10日	木	来さまい館	13:00~13:30

※11月2日三沢市の検診会場予約状況により変更になる場合があります。

※大腸・子宮・乳がん検診受診の方は、

この用紙とお手元にある **受診券も一緒にFAXの送付**をお願いいたします。

お申込先 公益財団法人青森県総合健診センター：健診推進課
〒030-0962 TEL：017-741-2336
青森県青森市佃二丁目19番12号 FAX：017-765-2566

※ 健診等に関わる個人情報について、疫学予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承願います。