

公立学校共済組合 がん検診・ヤングヘルスチェック申込書

1日人間ドックをお申し込みの方は、当センターにお電話ください

希望の検診項目に○印をして下さい (ヤングヘルスチェック・乳・子宮頸)

フリガナ : _____ 自宅住所 : 〒 _____

お名前 : _____

生年月日 : S ・ H _____
 年 月 日 (歳) 学校名 : _____

TEL : ※平日の日中に連絡の取りやすい番号をご記入ください
 ①<携帯・自宅> () ②<職場> ()

※ 「健診事業受診通知書(受診券)」と併せてFAXにてお送りください ※

ヤングヘルスチェック 6月から2月の平日 (盆期間中を除く)						
ヤングヘルス チェック			第1希望日	第2希望日	第3希望日	
	ご希望の受付時間帯に丸を付けてください	①	7:30~ 8:15	①	①	①
		②	9:00~ 9:30	②	②	②
		③	10:00~10:30	③	③	③

乳がん・子宮頸 7月~2月の「水・木・金 曜日 と 第2月曜日 12:30~12:50受付」
 (毎月第3木曜日、盆期間8/13~8/14を除く)
 ※乳がんのみであれば、平日の9:00~9:30受付 となります。
 ※受診券に記載無し(補助対象外・通常料金)で受診ご希望の場合、お電話にてご予約ください。
 ※空き状況によってご希望に添えない場合もございます。第1~第5希望まですべてご記入ください。
 ※夏季・冬季休暇中は大変混みあう時期となりますので、ご希望の場合はお早めにお申し込みください。
 ※子宮がん検診は胃がん検診と同日の受診はできません。日程調整の際はご留意いただければ幸いです。

乳がん	第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	第5希望日

※39歳以下の方は乳腺超音波検査、40歳以上の方は乳房X線検査となります。

40歳以上の方で乳腺超音波検診もご希望の方は右の欄に「○」を付けてください。
※有料(¥4,950)となります。※

子宮頸がん	第1希望日	第2希望日	第3希望日	第4希望日	第5希望日