

公立学校共済組合(ヤングヘルス・大腸・子宮・乳) 申込書

青森県総合健診センターにお越しいただいて実施する申込書です

FAX番号 017-741-2386

希望の検診に○印をしてください (ヤングヘルス ・ 大腸 ・ 子宮 ・ 乳)

〒 -

自宅住所

日中連絡先
TELフリガナ
お名前日中連絡先
FAX生年月日 昭和 年 月 日 (歳)
平成所属名
学校名

組合員(職員)番号

検診項目	希望日
ヤングヘルス	
大腸がん	

検診項目	希望日
子宮がん	
乳がん ※40歳以上	

* あおもり人間ドックセンターでの乳がん検診希望者は、あおもり人間ドックセンターに電話(017-765-2570)で予約してください。

* 原則としてご希望の日程で受診することができます。
ご希望に添えない場合等ありましたら、当センターよりご連絡いたします。

検診項目	検 診 日	受付時間
ヤングヘルスチェック・ 大腸がん検診	11月1日(金)・5日(火)・6日(水)・7日(木)・8日(金)・ 11日(月)・12日(火)	8:00~9:30
子宮がん・乳がん検診	8月1日(木)・16日(金)・21日(水)	12:30~13:30
	9月18日(水)・26日(木)	
	10月15日(火)・29日(火)	
	11月15日(金)・18日(月)	

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。

備考	
----	--

お 申 込 先 公益財団法人 青 森 県 総 合 健 診 セ ン タ ー : セ ン タ ー 健 診 課
〒030-0962 TEL : 017-741-2336
青森県青森市佃二丁目19番12号 FAX : 017-741-2386

※ 健診等に関わる個人情報について、疫病予防研究、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。