

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	ご希望の受付時間帯に丸を付けてください	第1希望日		第2希望日		第3希望日	
		①	②	①	②	①	②
	7:30~ 8:15						
	9:00~ 9:30						
	10:00~10:30						

※大腸がん検診は事業主(教育委員会)健診の際に提出してください※

子宮頸・乳がん 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8/13~8/15・8/21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。

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



「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



※日程決定次第、受診票を郵送いたしますので、それをもって決定通知とさせていただきます。

※婦人科検診は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。

お申込先 公益財団法人 八戸市総合健診センター 渉外グループ 担当: 関下・成田

〒031-0011 八戸市田向三丁目6番15号

TEL:0178-70-5563

FAX:0178-96-6124