

※ 「健診事業受診通知書(受診券)」と ※  
※ 併せてF A Xにてお送りください ※

**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 ( 大腸・乳・子宮頸・ヤングヘルスチェック )

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<自宅・職場・携帯> \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 ②<自宅・職場・携帯> \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

大腸がん・ヤングヘルスチェック 6月から2月の平日																													
	第1希望日	第2希望日	第3希望日																										
大腸がん																													
			第1希望日	第2希望日	第3希望日																								
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	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">①</td><td style="width: 15%;">7:30~ 8:15</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">②</td><td>9:00~ 9:30</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">③</td><td>10:00~10:30</td></tr> </table>	①	7:30~ 8:15	②	9:00~ 9:30	③	10:00~10:30	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">①</td><td style="width: 15%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">②</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">③</td><td></td></tr> </table>	①		②		③		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">①</td><td style="width: 15%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">②</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">③</td><td></td></tr> </table>	①		②		③		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 5%; text-align: center;">①</td><td style="width: 15%;"></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">②</td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">③</td><td></td></tr> </table>	①		②		③	
①	7:30~ 8:15																												
②	9:00~ 9:30																												
③	10:00~10:30																												
①																													
②																													
③																													
①																													
②																													
③																													
①																													
②																													
③																													

子宮頸・乳がん 7月~2月の「水・木・金 曜日(第3木曜日を除く) 12:30~12:50受付」					
※乳がんのみであれば、平日の9:00~9:30受付 となります。					
	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
乳がん					
子宮頸がん					
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。					
<b>※2023年度より有料(¥3,850)となります。※</b>					
※1日の上限人数が非常に少ない検査のため、日程の変更をお願いする場合がございます。					

※日程決定次第、受診票をお送りしますので、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ので、ご了承ください。  
 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。