郵便はがき

85円切手
を貼って
ください

3 5 0 - 1 2 3 1

日高市大字鹿山370番地20
日高市立保健相談センター 行
(がん検診等先行申込)

差出人

家族等で一緒の予約日を希望される場合は、
はがきを封筒にまとめて入れて郵送してください。

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	昭・平 年 月 日(歳)	
住所	日高市	
電話番号	※日中連絡のつく番号をご記入ください	

「こんな人は受けられません」(1ページ)を確認し、✓を記入 →

令和7年度 がん検診等 申込専用はがき

3月24日～4月10日消印有効

集 団 検 診			
検 診 名	第 1 希 望 日	第 2 希 望 日	
胃 が ん 検 診	月 日	月 日	
肺 が ん 検 診	月 日	月 日	
大 腸 が ん 検 診	月 日	月 日	
子 宮 が ん 検 診	月 日	月 日	
乳 が ん 検 診	月 日	月 日	
骨粗しょう症検診 骨 + 膝 腰 検 診	月 日	月 日	
肝炎ウイルス検査	月 日		

個 別 検 診
胃・肺・大腸・子宮・乳・基本健診・前立腺(単独・同時)

※希望の検診に、○を記入してください。

費用免除申請	申請希望のかたは○を記入 →	
---------------	----------------	--

市記入欄(以下は記入しないでください)			
入 力		確 認	
〒	履 歴：子・乳・胃(個別)・肝・前		
	対象外：乳・大(個別)・胃(個別)・他()		
	希望外：		