

令和8年度 がん検診等 申込専用はがき

3月16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
子宮頸がん検診	月 日	月 日
乳がん検診	月 日	月 日
骨粗しょう症検診 骨+膝腰健診	月 日	月 日

個 別 検 診
胃・肺・大腸・子宮頸・乳・基本健診

※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→	<input type="checkbox"/>
--------	---------------	--------------------------

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）		
	対象外：乳・胃（個別）・他（ ）		
	希望外：		

郵便はがき

3 5 0 - 1 2 3 1

85円切手
を貼って
ください

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)

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。

差出人

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	大・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→

キ
リ
ト
リ
線