

令和6年度 がん検診等 申込専用はがき  
3月25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・前立腺・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)・肝・前	
	対象外：乳・大(個別)・胃(個別)・他( )	
	希望外：	

郵便はがき

3 5 0 - 1 2 3 1

63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  
(がん検診等申込)

キ  
リ  
ト  
リ  
線

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 →