

生活習慣病予防健診申込書

※受診申込者の住所は、現在住民登録のある所在地をご記入ください。

※追加希望コースの腹部超音波検査は定員により、ご希望に添えない場合があります。

※ご連絡先には、問合せ事項の発生した場合に、ご連絡のとれる電話番号をご記入ください。

該当する方は、○印をつけてください。
40歳節目健診 ・ 50歳節目健診
ヘルスキーパー ・ 連絡委員

フリガナ 氏名	生年月日	年 齢	性 別	住 所	電 話 番 号

受診希望 コース (○ 印)	受診希望日	女性専用日 (○印)	追加希望コース (○印)				
			腹部超音波 (定員あり)	骨粗しょう症	前立腺がん 男性50歳以上	胃がんリスク 65歳未満	歯科
A・B・C	第1希望 年 月 日	乳・子宮頸・両方					
	第2希望 年 月 日						

※追加希望コースは単独でも受けられます。単独希望の場合は追加希望コースにのみ○印をご記入ください。

※歯科健診は同時にできない日もあります。

希望コース (○印)		受診希望日				
婦人総合健診		第1希望日・時間	年	月	日	時 分
両方 (乳・子宮頸)	子宮頸のみ	第2希望日・時間	年	月	日	時 分

※婦人総合健診は、A～Cコース受診後3か月以内に受けると、500円（基本健診費）減額されます。

※婦人総合健診の子宮頸がん検診のみを希望の場合には、受付時間は午後1時30分のみとなります。

希望コース (○印)	受診希望日				
乳がん検診	第1希望日・時間	年	月	日	時 分
	第2希望日・時間	年	月	日	時 分

※各コースの健診日・検査内容・料金は、健康課ホームページ「生活習慣病予防健診のご案内」をご参照ください。

※健診日が決定しましたら、連絡させていただきます。なお、健診日をご希望に添えない場合も連絡させていただきます。

※1週間以上経過しても、連絡が無い場合は、再度ご連絡ください。