

# 生活習慣病予防健診申込書

該当する方は、○印をつけてください。

ヘルスキーパー ・ 連絡委員

\*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。

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話番号
				碧南市	

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
A・B・C	第1希望： 年 月 日 第2希望： 年 月 日	乳・子宮頸・両方				

※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。

※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。

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

女性 専用 日 (○)	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
	乳・子宮頸・両 方				