

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。

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
 健康推進員 ・ 地区連絡員

フリガナ 氏名	生年月日	年齢	性別	住所	電話	
.....	. .					
受診希望日	受診希望 コース	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
第1希望 年 月	A・B・C					
第2希望 年 月						

※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。

※追加希望コースは胃がんリスク以外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)	第1希望日・時間	第2希望日・時間
婦人総合健診	年 月 日 時 分	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円減額されます

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