

第1希望日: 月 日 ()
第2希望日: 月 日 ()

↓希望する検診に○印をつけてください。

検診項目	対 象
胃がん検診	検診日現在40歳以上の方
肺がん検診	検診日現在40歳以上の方
喀痰検査	検査理由①②の両方に該当する方
	①検診日現在 50歳以上 の方 ②1日の喫煙本数×喫煙年数 ()本×()年= 600以上
フリガナ	
氏 名	
住 所	
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
電話番号	()

〒205-0003

がん検診担当行
羽村市保健センター

羽村市緑ヶ丘五丁目五番地2

切り取り、はがきの両面に貼ってください

第1希望日: 月 日 ()
第2希望日: 月 日 ()

↓希望する検診に○印をつけてください。

検診項目	対 象
胃がん検診	検診日現在40歳以上の方
肺がん検診	検診日現在40歳以上の方
喀痰検査	検査理由①②の両方に該当する方
	①検診日現在 50歳以上 の方 ②1日の喫煙本数×喫煙年数 ()本×()年= 600以上
フリガナ	
氏 名	
住 所	
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
電話番号	()

〒205-0003

がん検診担当行
羽村市保健センター

羽村市緑ヶ丘五丁目五番地2

切り取り、はがきの両面に貼ってください