

胃がん・肺がん検診申込書

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
<input type="radio"/> 胃がん検診	検診日現在40歳以上の方
<input type="radio"/> 肺がん検診	検診日現在40歳以上の方
<input type="radio"/> 喀痰検査	検査理由①②の両方に該当する方 検査理由 ①検診日現在 50歳以上 の方 ②1日の喫煙本数×喫煙年数= 600以上 ()本×()年= 600以上
フリガナ 氏名	
住所	羽村市
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
電話番号	()

〒205-0003

羽村市緑ヶ丘五丁目五番地2

羽村市保健センター
がん検診担当 行

切り取り、はがきの両面に貼ってください

胃がん・肺がん検診申込書

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
<input type="radio"/> 胃がん検診	検診日現在40歳以上の方
<input type="radio"/> 肺がん検診	検診日現在40歳以上の方
<input type="radio"/> 喀痰検査	検査理由①②の両方に該当する方 検査理由 ①検診日現在 50歳以上 の方 ②1日の喫煙本数×喫煙年数= 600以上 ()本×()年= 600以上
フリガナ 氏名	
住所	羽村市
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
電話番号	()

〒205-0003

羽村市緑ヶ丘五丁目五番地2

羽村市保健センター
がん検診担当 行

切り取り、はがきの両面に貼ってください