

胃がん・肺がん・乳がん検診申込書

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
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 <b>50歳以上</b> の方 ②1日の喫煙本数×喫煙年数 ( )本×( )年= <b>600以上</b>
	検査理由①②の両方に該当する方 ①検診日現在40歳以上の女性 ②昨年度及び今年度未受診の方
フリガナ	
氏名	
住所	
生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)
電話番号	( )

注意)胃がん・肺がん・乳がんの3つのがん検診を同時受ける日は、9月14日と12月15日のみです。

〒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・乳がん検診申込書

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
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 <b>50歳以上</b> の方 ②1日の喫煙本数×喫煙年数 ( )本×( )年= <b>600以上</b>
	検査理由①②の両方に該当する方 ①検診日現在40歳以上の女性 ②昨年度及び今年度未受診の方
フリガナ	
氏名	
住所	
生年月日	大・昭 年 月 日 ( 歳)
電話番号	( )

注意)胃がん・肺がん・乳がんの3つのがん検診を同時受ける日は、9月14日と12月15日のみです。

〒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