

判別

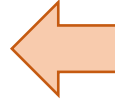
羽村市 乳がん・子宮頸がん検診申込み

フリガナ 氏名	
住所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
電話番号	

希望する検診と病院名

乳がん	希望する (病院名: )
	希望しない
子宮 頸がん	希望する (病院名: )
	希望しない

はがきや封書に添付  
投函してください



判別



〒205-0003

羽村市緑ヶ丘5-5-2

羽村市保健センター  
がん検診担当 行

判別

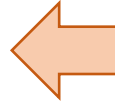
羽村市 乳がん・子宮頸がん検診申込み

フリガナ 氏名	
住所	
生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)
電話番号	

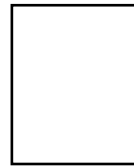
希望する検診と病院名

乳がん	希望する (病院名: )
	希望しない
子宮 頸がん	希望する (病院名: )
	希望しない

はがきや封書に添付  
投函してください



判別



〒205-0003

羽村市緑ヶ丘5-5-2

羽村市保健センター  
がん検診担当 行