

申込締切

3月27日

… FAX 送信状 …

年 月 日

コピーしてお使いください

公益財団法人 北海道対がん協会 札幌がん検診センター
予約コールセンター 行 FAX: 381-2478

【検診申込書】

※胃・肺の検診をご希望の方は、それぞれどちらかをお選びください

検診日 2026 年 4 月 18 日 (土) 午前
団体名 南郷町内会

氏名	住所等	※胃 カメラ	※肺 バリウム エックス線	※肺 がん CT	子宮 (頸部)	乳房 (マンモ)	骨	特定 健診	前立 腺	バス
フリガナ	TEL	カ・バ	エ・CT	大	子	乳	骨	特	前	
氏名	生年月日 (昭和 年 月 日生) 平成	〒	一							
フリガナ	TEL	カ・バ	エ・CT	大	子	乳	骨	特	前	
氏名	生年月日 (昭和 年 月 日生) 平成	〒	一							

◆上記にない検診項目をご希望の方は、余白にご記入ください

北海道対がん協会より 検診を受けられる皆様へ

1) 受診希望の検診に○を記入してください。

送迎バスをご利用される方は「バス」の欄に○を、ご利用されない方は×を記入してください。

なお、お帰りのバスは、バスご利用の皆様の検診が全て終了してから出発いたします。
お帰りのバスをご利用されない場合は、係の者に一声おかけください。

2) お申込みいただいた方には、検診日の約1週間前に【北海道対がん協会】より問診票を送付いたします。

問診票が届かない場合や予約の変更は直接【北海道対がん協会】へお問い合わせください。(TEL 748-5522)