

(FAX 不可)

申し込み締め切り：令和3年1月12日(火)

*次の申込書にご記入のいただき、住民課（本庁及び大崎窓口係）、または保健衛生課にご提出ください。

*その際に、個人負担金を納付していただき申し込み完了となります。

2020（令和2）年度 個別がん検診申込書

太枠内の必要事項に記入し、希望の検診と医療機関に○を付けてください。

申込日キ	令和 年 月 日
ふりがな 名前	
生年月日（年齢）	T・S・H 年 月 日（ 歳）
住所（地区）	豊田郡大崎上島町 （地区： ）
電話番号	
受診を希望する 項目と医療機関	子宮頸がん 田村医院 県立安芸津病院 安田病院
	乳がん かわの医院 （視触診希望：あり・なし） 県立安芸津病院（視触診希望：あり・なし）
	大腸がん 射場医院 円山医院 田村医院 寺元医院 ときや内科
	胃（内視鏡）がん 田村医院
自己負担金 *	有 ・ 無（生保・非課税（非課税確認書添付））
自己負担額 *	子宮頸がん 500円 乳がん 500円 大腸がん 100円 胃がん（内視鏡）1,000円
受付場所	本庁住民課・大崎窓口係・保健衛生課