

受付日 月 日 (来所・電話)

平成29年度 集団健診申し込み用紙

※必要事項を記入の上、返信用封筒で郵送いただくか、FAXまたはお電話でお申込みください。

氏名 ふりがな	住所
	新得町
生年月日	町内会 ()
昭和・平成 年 月 日 (歳)	電話番号
	—
保険証の種類	国保 ・ その他 ()

希望する日にち、健診項目に○印をつけてください。

特定健診・がん検診					
希望日	日程	曜日	場所	締め切り日	健診(検診)項目
	6月14日	水	なごみ	5月10日 (水)	<input type="checkbox"/> 特定健診
	6月15日	木	なごみ		<input type="checkbox"/> 胃がん
	6月16日	金	屈足		<input type="checkbox"/> 大腸がん
	11月4日	土	なごみ	9月29日 (金)	<input type="checkbox"/> 肺がん(レントゲン)
	11月5日	日	なごみ		<input type="checkbox"/> 肺がん(CT)
	11月6日	月	屈足		<input type="checkbox"/> 内臓脂肪CT
	2月6日	火	なごみ	12月27日 (水)	<input type="checkbox"/> 前立腺がん
	2月7日	水	なごみ		<input type="checkbox"/> エキノコックス
	2月8日	木	なごみ		<input type="checkbox"/> 肝炎
	2月9日	金	屈足		<input type="checkbox"/> ※朝食希望 (6月15日のみ)

11月のみ受けられます。

検査受診後5年経過している方が対象となります。
※肝炎と診断を受けた方は対象外になります。

※肺がん(レントゲン)と肺がん(CT)の併用はできません。

受付希望時間

<input type="checkbox"/> 午前7:00~7:15	<input type="checkbox"/> 午前8:30~8:45
<input type="checkbox"/> 午前7:30~7:45	<input type="checkbox"/> 午前9:00~9:15
<input type="checkbox"/> 午前8:00~8:15	<input type="checkbox"/> 午前9:30~9:45

乳がん・子宮がん検診

希望日	日程	曜日	場所	締め切り日	検診項目
	8月6日	日	なごみ	7月7日 (金)	<input type="checkbox"/> 乳がん(クーポン有・無)
					<input type="checkbox"/> 子宮がん(クーポン有・無)
	2月28日	水	なごみ	1月26日 (金)	<input type="checkbox"/> 子宮超音波

受付希望時間

<input type="checkbox"/> 午前9:00~9:15
<input type="checkbox"/> 午後0:30~0:45