

No. _____ 大腸がん検診受診票（太枠の中のみご記入ください）

住 所： 浜田市 _____ 町 _____ 番地 _____

氏 名（ふりがな）： _____

生年月日： 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話(携帯)番号： _____

----- きりとりせん ----- きりとりせん ----- きりとりせん -----

No. _____ 大腸がん検診受診票（太枠の中のみご記入ください）

住 所： 浜田市 _____ 町 _____ 番地 _____

氏 名（ふりがな）： _____

生年月日： 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話(携帯)番号： _____

----- きりとりせん ----- きりとりせん ----- きりとりせん -----

No. _____ 大腸がん検診受診票（太枠の中のみご記入ください）

住 所： 浜田市 _____ 町 _____ 番地 _____

氏 名（ふりがな）： _____

生年月日： 大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話(携帯)番号： _____

----- きりとりせん ----- きりとりせん ----- きりとりせん -----

* 受診を希望する人は、上記太枠の中を記入し、切り取って会場の専用ボックスに申込期間内に提出してください。



* 年度内に大腸がん検診を複数回受診されると、2回目以降の検診料は全額自己負担となりますのでご注意ください。