

令和3年度 ハートピアがん検診 受診申込書

8月10日(火) までに

ハートピア事務局へ ご提出ください
FAX 046-206-4611

事業所番号: _____

申込担当者氏名: _____

事業所名: _____

電話番号: _____

No.	会員番号	フリガナ 受診者氏名	受診者 区分	自宅住所	生年月日	年齢	性別	検診項目 (希望項目に○印を記入)					検診希望日		
								胃	乳	子宮	大腸	前立腺	第1希望	第2希望	第3希望
1			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
2			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
3			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
4			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
5			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
6			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
7			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日
8			会員 ・ 配偶者	〒 _____	年 月 日		男性 ・ 女性						月 日	月 日	月 日



がん検診のお申し込みについて

- 対象は、検診日時点で満35歳以上の会員・配偶者です。
- 検診希望日の欄には、10月1日～11月30日(日曜日、祝日を除く)のうち、希望する日をご記入ください。
※ 毎週木曜日は女性受診者限定のレディースデーです。
※ 子宮がん検診は、木曜日を除く午前中または木曜日午後のみのお受付となります。
※ 現在、木曜日の乳がん検診が満員となっております。他の曜日でのご予約をお願いいたします。
- 検診日は、9月初旬に医療機関から申込担当者にお知らせします。