

ハートピア・がん検診受診申込書

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 氏名	住所	生年月日	年齢	性別	がん検診項目					希望日		
							胃	乳	子宮	大腸	前立腺	第1	第2	第3
1				年 月 日										
2				年 月 日										
3				年 月 日										
4				年 月 日										
5				年 月 日										
6				年 月 日										
7				年 月 日										

【注意事項】

1. 検診項目は、該当欄に○印をしてください。
 2. 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）で、希望する日をご記入ください。
木曜日は女性限定のレディースデーです。
 3. 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。
 4. 検診日は、後日医療機関から申込担当者にお知らせいたします。
 5. この用紙1枚で記入出来ない場合は、コピーしてお使いください。
- ◎8月11日（火）までにハートピア事務局へ提出してください。（FAX送付可：046-206-4611）