

令和元年度個別（町立病院）がん検診申込書

国保町立小鹿野中央病院（町立病院）で行う胃がん・乳がん・子宮頸がん検診の申込書です。

保健福祉センター（保健課）へ提出をお願いします。

受診期間：平成31年4月～翌年3月

下記にご記入下さい。希望の検診名に○を付けてください。

また、個別検診機関から町（保健課）へ検診結果が提出されます。
ご了承の上お申し込みください。

世帯主 氏 名		電 話 番 号	
住 所	小鹿野町 行政区 小鹿野・長若・三田川・倉尾・両神 区		

受診者氏名	年 齢	性 別	希 望 検 診	希 望 日 等
	才	男	・ 胃がん	
生年月日			・ 乳がん	
年 月 日		女	・ 子宮頸がん	
受診者氏名	年 齢	性 別	希 望 検 診	希 望 日 等
	才	男	・ 胃がん	
生年月日			・ 乳がん	
年 月 日		女	・ 子宮頸がん	