

第1号様式

## 財 団 検 診 申 込 書

施設登録番号		施設名		担当者氏名				施設電話番号 ( )								
登録職員番号	氏名	性別	生年月日	希望検診種別 *1							希望検診機関	希望時期	個人の住所	電話番号	*2 胃カメラ 鼻・口	*3 乳がん マンモ・エコー
				1泊 2日	日帰り ドック	半日 検診	特別検診									
				脳ドック	胃がん	乳がん	子宮がん									
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		
		男・女	T S . . H									月	〒	( )		

- \* 1. 希望検診種別に○印を記入してください。  
 \* 2. 1泊2日・日帰り・半日検診には胃X線検査が含まれています、胃カメラを希望の方は、\*2に鼻又は口と記入してください。  
 \* 3. 乳がん検診でマンモグラフィ検査又はエコー検査を希望の方は、\*3にマンモ又はエコーと記入してください。