

財団検診申込書

施設登録番号	施設名		*1 希望検診種別						担当者氏名	希望時期	個人の住所	施設電話番号	()		
	氏名	性別	生年月日	1泊 2日	日帰り ドック	半日 検診	脳ドック	胃がん					乳がん	特別検診	子産がん
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	
		男・女	T S H							〒		()	鼻・口	MMG エコー 触診	

注 1. *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(バリウム)検査が含まれていますが、胃X線検査に変えて胃カメラ検査を希望の方は、*2に鼻又は口に○印を記入してください。
 3. 乳がん検診を希望の方は、*3にMMG(マンモ)・エコー・触診のうち希望の検査に○印を記入してください。(検診機関によっては、希望に添えない場合があります)