

乳がん検診(サタデーマンモ) 申込書

送信日: 年 月 日

ご 発 信 元	返信先のご指定
お名前: 様	F A X: - - [ 職場・自宅・その他: ]
T E L: - -	E-mail: [ 職場・自宅・その他: ]

Ⓜ 日中、ご連絡のつく番号をご記入ください

Ⓜ いずれか、ご希望の返信先をご記入ください

ご記入のうえ、FAXまたはメールへ添付してお送りください。

本紙を含み 枚

ふりがな		診察券番号	
氏名	様	性別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳
現住所	〒		
札幌市の補助	該当する項目を選択してください。 <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で40歳以上の偶数歳の方 <input type="checkbox"/> 札幌市にお住まいで、受診予定日の時点で50歳以上の偶数歳の方 <input type="checkbox"/> 札幌市の乳がん無料クーポンをお持ちの方 <input type="checkbox"/> 上記以外の方		
検査内容	検査内容を選択してください。 乳がん検診 <input type="checkbox"/> マンモグラフィ <input type="checkbox"/> 乳腺エコー <input type="checkbox"/> マンモグラフィ+乳腺エコー		
希望日	<注>2週間以上先の余裕を持った日程をご記入ください。 [サタデーマンモ]土曜日の午前		
	第1希望日	年 月 日 ( 土 )	午前
	第2希望日	年 月 日 ( 土 )	午前
	第3希望日	年 月 日 ( 土 )	午前
ご連絡事項など			