

乳がん・子宮頸がん施設検診申込書

申し込み日 令和 年 月 日

ふりがな
氏名

住所 中井町

生年月日 昭和・平成 年 月 日 歳


電話番号 () - -

検診の種別

(受診を希望する検診  乳がん検診

子宮頸がん検診

に○を付けてください)

 (受診を希望する医療機関に
☑を入れてください。)

医療機関

県立足柄上病院

県立足柄上病院

(足柄上病院のみ

柴田産婦人科クリニック

受診ができます)

緑蔭診療所

南足柄レディースクリニック

開成駅光クリニック

秦野赤十字病院

はだの南レディースクリニック

クーポン券の有無/番号

有 番号 1N-

有 番号 1S-

無

無

※乳がん検診の対象となる方は、令和2年3月31日時点で40歳以上の偶数
年齢の方と、無料クーポン券をお持ちの方です。

※子宮頸がん検診の対象となる方は、令和2年3月31日時点で20歳以上の偶数
年齢の方と、無料クーポン券をお持ちの方です。

