

婦人科検診 申込書

【お申込日 年 月 日】

ご希望の検診を ○ で囲んでください。

- ① 子宮がん検診 ② 乳がん検診（マンモグラフィ撮影のみとなります）

土日祝日は休診

第1希望日	年 月 日 (曜日)
第2希望日	年 月 日 (曜日)
第3希望日	年 月 日 (曜日)

	月	火	水	木	金
子宮がん 検診	×	●	●	●	●
乳がん 検診	●	●	●	×	●

※ ①および② の両方をご希望の方へ

子宮がん検診の希望日をご記入ください。

マンモグラフィ撮影は子宮がん検診の受診日の前日までに中通総合病院で行います。撮影日時を決めますので、ご案内資料が届きしだい当クリニックへ連絡をお願いいたします。

カナ氏名		性別	女
漢字氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒		
連絡先	日中ご連絡のとれる電話番号		
	携帯		自宅

ご案内資料の送り先が違う場合はご記入ください。

資料送り先住所	〒
---------	---

事業所の婦人科検診の方はご記入ください。

事業所名	
住所	〒
電話	

備考

FAXの内容を確認後、こちらからご連絡いたします。