

がん検診受診申込書

事業所名 _____

住 所 桜川市 _____

T E L _____ (_____) _____

F A X _____ (_____) _____



No.	受診者氏名	フリガナ	生年月日	性別	受診項目に○をつけてください				自己負担額 合 計
					胃X線 3,550 円	大腸 1,150 円	脂質 1,450 円	胃リスク 1,650 円	
1					:				
2					:				
3					:				
4					:				
5					:				
6					:				
7					:				
8					:				
9					:				
10					:				
合 計									



◆胃 X 線希望者は希望時間帯をご記入ください

希望時間帯[7:00・7:30・8:00・8:30・9:00・9:30・10:00]

※負担金を添えてお申し込みください