

令和6年度 《ふるさと納税による検診》 申 込 書

※利用券をお受け取りになりましたら、こちらの申込書にご記入のうえお申込みください。

●利用券の種類（必須）

※口は「し印」を必ずご記入願います

<input type="checkbox"/> 全身MRI (DWIBS) がん検診 (頭頸部～骨盤部の撮像)	1 検査20分で撮像可能 ※当院ホームページ内のセルフチェックを要確認
<input type="checkbox"/> 低線量肺がんCT 検査	被曝量の少ない検査 喫煙者、喫煙歴、受動喫煙のある方

●検診を受ける方の基本情報（必須）

※基本情報および希望日等は、必ずご記入願います

ふりがな 氏 名				申込日	年	月	日
生年月日	昭和	平成	年	月	日	(歳)
性別	男 ・ 女						
現住所	〒 —						
電話番号 (日中のご連絡先)	携帯/勤務先() 自宅()						
(メールアドレス)							
実施希望日	◆第1希望日： 月 日()曜日 (AM・PM) ◆第2希望日： 月 日()曜日 (AM・PM) ◆第3希望日： 月 日()曜日 (AM・PM) <input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> () 以外希望 <input type="checkbox"/> () 希望						
※当センターにて調整後、予約確定のご連絡をさせていただきます。(3営業日以内に)							

ご質問/ご要望 (ご自由にご記入ください)

※ご記入いただいた申込書を健診センターまで送ってください。(こちらから改めてご連絡いたします)

FAX 0197-24-9091 (健診センター専用)

メール kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp (健診センター専用)