

集団検診用

申し込み書

医療機関用の申し込み書は、裏面にあります。

ふりがな
 検診希望者氏名： _____ 性別： 男 ・ 女

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ - _____ - _____

住 所：阿波市 _____ 町 _____ 番地 健康保険の種類に○をしてください
 国保・後期・協会けんぽ扶養・他 (_____)

◆希望の日と検診項目に○印を記入してください。

実施日	希望日に○をつけてください	場 所	受付時間	検診種別 (希望検診項目に○をつけてください)								
7月11日(木)		吉野保健センター	午前8時～ 10時30分									
7月14日(日)		阿波健康福祉センター										
7月19日(金)		土成保健センター										
8月9日(金)		市場コミュニティセンター										
8月18日(日)		吉野保健センター			胃	胸部	大腸	前立腺	乳 (2年に一度の補助)	※肝炎 (限定対象者・個人通知あり)	フレッシュ	特定
9月17日(火)		土成保健センター										
10月1日(火)		市場コミュニティセンター										
10月12日(土)		阿波健康福祉センター										
12月6日(金)		阿波健康福祉センター	午前8時～10時									
12月13日(金)		土成保健センター			胸部	大腸	前立腺	乳 (2年に一度の補助)	※肝炎 (限定対象者・個人通知あり)	フレッシュ	特定	

集団検診用

同一世帯申し込み書

同一世帯で、上記の検診希望者以外の該当者がいる場合は、記入してください。

ふりがな
 検診希望者氏名： _____ 性別： 男 ・ 女

生年月日： 大正 ・ 昭和 ・ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 電話番号： _____ - _____ - _____

住 所： 同 上
(しき記入してください) 阿波市 _____ 町 _____ 番地 健康保険の種類に○をしてください
 国保・後期・協会けんぽ扶養・他 (_____)

◆希望の日と検診項目に○印を記入してください。

実施日	希望日に○をつけてください	場 所	受付時間	検診種別 (希望検診項目に○をつけてください)								
7月11日(木)		吉野保健センター	午前8時～ 10時30分									
7月14日(日)		阿波健康福祉センター										
7月19日(金)		土成保健センター										
8月9日(金)		市場コミュニティセンター										
8月18日(日)		吉野保健センター			胃	胸部	大腸	前立腺	乳 (2年に一度の補助)	※肝炎 (限定対象者・個人通知あり)	フレッシュ	特定
9月17日(火)		土成保健センター										
10月1日(火)		市場コミュニティセンター										
10月12日(土)		阿波健康福祉センター										
12月6日(金)		阿波健康福祉センター	午前8時～10時									
12月13日(金)		土成保健センター			胸部	大腸	前立腺	乳 (2年に一度の補助)	※肝炎 (限定対象者・個人通知あり)	フレッシュ	特定	