新座市集団検診申込内容送信票

・聴覚等に障害があり、電話予約ができない方は下記【集団検診申込内容】の１～３を記入し、送信してください（ＦＡＸ番号：048-481-2215）。
・検診対象者、検診日時、検診内容等の詳細については、新座市ホームページ又は健康応援ガイドを御確認ください。
https://www.city.niiza.lg.jp/site/seizinkensin/syudankensin.html

【集団検診申込内容】　（提出年月日：　　年　　月　　日）

１　受診者の情報

氏名	
生年月日	年　月　日
住所	新座市
連絡先※	
電話予約が困難な理由	

※連絡先は、連絡のとれるメールアドレス又はＦＡＸ番号を記入してください。

２　受診希望日時

受診希望日	
受診希望時間	

※希望日が複数あれば全て記入してください。
※希望時間は希望があれば記入してください。
（記入例：９時から１０時頃）
※予約の空き状況により、予約がとれない場合があります。

３　受診を希望する検診項目（□に✓を入れてください。）

□　子宮頸がん検診　（視診・内診・細胞診）
□　乳がん検診　（マンモグラフィ検査）
□　肺がん検診　（胸部Ｘ線検査）
□　大腸がん検診　（便潜血反応検査）
□　胃がん検診　（胃部Ｘ線（バリウム）検査）
□　骨粗しょう症検診　（自己負担３００円）
□　３０代のからだチェック　（自己負担１，２００円）
□　３０代のからだチェック＋保育　（自己負担１，５００円）
※保育対象者(未就学児)の氏名及び生年月日を【】内に記入してください。
【　　】

※検診によって受診できる対象年齢等が異なります。