

はがき見本

印刷し切り取って、はがきに直接貼ってお使いください。

各種検診申込書					
氏名					
住所	〒208- 武蔵村山市				
生年月日	大正・昭和・平成		年齢	歳	
年中連絡先 電話番号					
◎ご希望の検診に☑をつけてください。					
集団検診	<input checked="" type="checkbox"/>	個別検診	<input checked="" type="checkbox"/>		
がん三セット検診	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>		
胃・大腸がんセット	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input type="checkbox"/>		
胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>		
大腸がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>		
肺がん	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>		
子宮・乳がんセット	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>		
◎集団検診に☑をつけたかた ◎個別検診に☑をつけたかた は、希望日を記入 は、希望日の記入は不要					
◎子宮・乳がんセットは、【 】内に午前と午後のいずれかを記入					
第1希望	月	日	【 】	希望なし	
第2希望	月	日	【 】	どの日程でも受診できるかたは、 こちらに○をつけてください。	
第3希望	月	日	【 】		
第4希望	月	日	【 】		
第5希望	月	日	【 】		
第6希望	月	日	【 】		

各種検診申込書					
氏名					
住所	〒208- 武蔵村山市				
生年月日	大正・昭和・平成		年齢	歳	
年中連絡先 電話番号					
◎ご希望の検診に☑をつけてください。					
集団検診	<input checked="" type="checkbox"/>	個別検診	<input checked="" type="checkbox"/>		
がん三セット検診	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>		
胃・大腸がんセット	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input type="checkbox"/>		
胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>		
大腸がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>		
肺がん	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>		
子宮・乳がんセット	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>		
◎集団検診に☑をつけたかた ◎個別検診に☑をつけたかた は、希望日を記入 は、希望日の記入は不要					
◎子宮・乳がんセットは、【 】内に午前と午後のいずれかを記入					
第1希望	月	日	【 】	希望なし	
第2希望	月	日	【 】	どの日程でも受診できるかたは、 こちらに○をつけてください。	
第3希望	月	日	【 】		
第4希望	月	日	【 】		
第5希望	月	日	【 】		
第6希望	月	日	【 】		

各種検診申込書					
氏名					
住所	〒208- 武蔵村山市				
生年月日	大正・昭和・平成		年齢	歳	
年中連絡先 電話番号					
◎ご希望の検診に☑をつけてください。					
集団検診	<input checked="" type="checkbox"/>	個別検診	<input checked="" type="checkbox"/>		
がん三セット検診	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>		
胃・大腸がんセット	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input type="checkbox"/>		
胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>		
大腸がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>		
肺がん	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>		
子宮・乳がんセット	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>		
◎集団検診に☑をつけたかた ◎個別検診に☑をつけたかた は、希望日を記入 は、希望日の記入は不要					
◎子宮・乳がんセットは、【 】内に午前と午後のいずれかを記入					
第1希望	月	日	【 】	希望なし	
第2希望	月	日	【 】	どの日程でも受診できるかたは、 こちらに○をつけてください。	
第3希望	月	日	【 】		
第4希望	月	日	【 】		
第5希望	月	日	【 】		
第6希望	月	日	【 】		

記入例

集団検診の場合①

各種検診申込書			
氏名	村山 太郎		
住所	〒208-0004 武蔵村山市 本町1-23		
生年月日	大正・昭和・平成 46 年 4 月 6 日	年齢	50 歳
日中連絡先電話番号	042-565-9315		

◎ご希望の検診に☑をつけてください。

集団検診	<input checked="" type="checkbox"/>	個別検診	<input checked="" type="checkbox"/>
がん三セット検診	<input checked="" type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>
胃・大腸がんセット	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input type="checkbox"/>
胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>
子宮・乳がんセット	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>

◎集団検診に☑をつけたかたは、希望日を記入 ◎個別検診に☑をつけたかたは、希望日の記入は不要

◎子宮・乳がんセットは、【 】内に午前と午後のいずれかを記入

第1希望	月	日	【 】	希望なし
第2希望	月	日	【 】	どの日程でも受診できるかたは、こちらに○をつけてください。
第3希望	月	日	【 】	
第4希望	月	日	【 】	
第5希望	月	日	【 】	
第6希望	月	日	【 】	
第6希望	月	日	【 】	

集団検診の場合②

各種検診申込書			
氏名	武蔵 一子		
住所	〒208-0004 武蔵村山市 本町1-23		
生年月日	大正・昭和・平成 14 年 1 月 4 日	年齢	96 歳
日中連絡先電話番号	042-565-9315		

◎ご希望の検診に☑をつけてください。

集団検診	<input checked="" type="checkbox"/>	個別検診	<input checked="" type="checkbox"/>
がん三セット検診	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>
胃・大腸がんセット	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input type="checkbox"/>
胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>
子宮・乳がんセット	<input checked="" type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>

◎集団検診に☑をつけたかたは、希望日を記入 ◎個別検診に☑をつけたかたは、希望日の記入は不要

◎子宮・乳がんセットは、【 】内に午前と午後のいずれかを記入

第1希望	2 月 7 日	【午前】	希望なし
第2希望	1 月 19 日 <td>【午後】</td> <td rowspan="6">どの日程でも受診できるかたは、こちらに○をつけてください。</td>	【午後】	どの日程でも受診できるかたは、こちらに○をつけてください。
第3希望	2 月 10 日 <td>【午前】</td>	【午前】	
第4希望	2 月 10 日 <td>【午後】</td>	【午後】	
第5希望	2 月 16 日 <td>【午前】</td>	【午前】	
第6希望	2 月 9 日 <td>【午前】</td>	【午前】	
第6希望	2 月 9 日 <td>【午前】</td>	【午前】	

個別検診の場合

各種検診申込書			
氏名	村山 花子		
住所	〒208-0004 武蔵村山市 本町1-23		
生年月日	大正・昭和・平成 7 年 7 月 15 日	年齢	26 歳
日中連絡先電話番号	042-565-9315		

◎ご希望の検診に☑をつけてください。

集団検診	<input type="checkbox"/>	個別検診	<input checked="" type="checkbox"/>
がん三セット検診	<input type="checkbox"/>	大腸がん	<input type="checkbox"/>
胃・大腸がんセット	<input type="checkbox"/>	子宮頸がん	<input checked="" type="checkbox"/>
胃がん	<input type="checkbox"/>	乳がん	<input type="checkbox"/>
大腸がん	<input type="checkbox"/>	前立腺がん	<input type="checkbox"/>
肺がん	<input type="checkbox"/>	肝炎ウイルス	<input type="checkbox"/>
子宮・乳がんセット	<input type="checkbox"/>	眼科	<input type="checkbox"/>

◎集団検診に☑をつけたかたは、希望日を記入 ◎個別検診に☑をつけたかたは、希望日の記入は不要

◎子宮・乳がんセットは、【 】内に午前と午後のいずれかを記入

第1希望	月	日	【 】	希望なし
第2希望	月	日	【 】	どの日程でも受診できるかたは、こちらに○をつけてください。
第3希望	月	日	【 】	
第4希望	月	日	【 】	
第5希望	月	日	【 】	
第6希望	月	日	【 】	
第6希望	月	日	【 】	

個別検診をお申し込みのかたは、こちらは記載不要です。