

大阪がん循環器病予防センターがん検診（施設）申込書

(申請者)

申込日： 年 月 日

氏名 _____
(代理人氏名 _____ 申請者との関係 _____)

住所 〒590- _____
熊取町 _____

生年月日 _____ 年 月 日 (_____ 歳)

電話 _____

〈今回受診を希望する検診〉希望する検診の左欄に○を記載ください。

○	がん検診	受診履歴【町使用欄】
	胃（バリウム胃部 X 線）	
	大腸（便潜血反応検査）	
	乳（マンモグラフィ）	
	子宮（子宮頸部細胞診）	
	肺（胸部 X 線）	

※生活保護世帯および非課税世帯（世帯全員）の場合はお申し出ください。
検診等費用免除証明の申請を行うと、検診費用が無料になります。

【町記入欄】

本人確認	確認方法	確認者
<input type="checkbox"/> 申請者本人確認 <input type="checkbox"/> 代理人本人確認	<input type="checkbox"/> 運転免許書 <input type="checkbox"/> マイナ保険証または資格確認書 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	