

北区がん検診 申込書

北区健康推進課 行き

FAX 03-3905-6500

検診名	がん検診 (東京都予防医学協会・検診車)
住所	北区 丁目 番 号
ふりがな	
氏名	
生年月日	年 月 日
電話番号	
検診種別	受診を希望する検診に✓をつけてください <input type="checkbox"/> 胃がん検診 <input type="checkbox"/> 肺がん検診 <input type="checkbox"/> 大腸がん検診 <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(女性のみ)

電話、はがきでもお申込みできます。

健康推進課
コールセンター

電話 03-3908-9034

はがき記入例

〒114-8508 (住所不要) 北区役所 健康推進課 行
--

がん検診 ○○検診 △△検診 住所 氏名 生年月日 電話番号
--