

# 子宮がん(細胞診)検診 (区内医療機関)の受診を希望する方へ

※検診の内容については、裏面をご覧ください。

## FAX 申込書

この申込書を送信してください。(1人1枚)

5月下旬以降順次、受診票と実施医療機関名簿をお送りします。

※申込期限 9月28日(金) 必着

北区健康推進課 健康係 行き

**FAX 03-3905-6500**

※FAX 送信前に、FAX 番号と送信面をお確かめください。

以下のとおり申込みます。

検診名	子宮がん(細胞診)検診(区内医療機関)申込
住所	北区 丁目 番 号
ふりがな	
氏名	
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日
電話番号	( )
FAX番号	( )

★電話・はがきでの申込みもお受けします★

ハガキ記入例

郵便はがき
切手 114-8508
(住所不要)
北区役所
健康推進課
健康係 行

子宮がん検診(区内医療機関)申込
住所
ふりがな 氏名
生年月日
電話番号

申込は1人1通でお願いします。