# 伊勢原市　集団がん検診　FAX申込み用紙

**下記の内容をご記入の上　0463－93－8389　にFAXしてください。**

●この申込用紙は聴覚・発声等に障がいのある方専用の申込用紙です。

●1日ある日程は 午前・午後 のご希望を選択してください。

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| お名前 | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | | | | |
| FAX番号<br>〔電話番号〕 | 〔　　〕 | | | | | | |
| 希望日を記入して検診に○をつけてください | 月　日 | 胃 | 大腸 | 肺・結核 | 乳 | 子宮 | 午前・午後 |
| | 月　日 | 胃 | 大腸 | 肺・結核 | 乳 | 子宮 | 午前・午後 |
| | 月　日 | 胃 | 大腸 | 肺・結核 | 乳 | 子宮 | 午前・午後 |
| 備考欄 | | | | | | | |

伊勢原市役所　健康づくり課　地域医療係
TEL：0463－94－4616
FAX：0463－93－8389