がん検診受診登録申込書

集団検診の受診票などの送付を希望される方は、「市の検診を受ける」と登録が必要です。
下の ▭ 枠の中で、該当する１～７の番号を選んでご記入ください。
※なお、登録をされた後、3 年間未受診の場合は、再度登録が必要です。

令和　　年　　月　　日

住所（送付先）	姶良市					
氏　　名 生 年 月 日	胃がん検診	大腸がん検診	肺がん検診	腹部超音波検診	子宮頸がん検診	乳がん検診
S・H　年　月　日 TEL　－　－						
S・H　年　月　日 TEL　-　－						

1　市の検診を受ける
2　職場で受ける。
3　病院・人間ドック等で受ける
4　通院中・入院中　　5　受診しない
6　病院・人間ドッグ（今年度のみ受診しない）
7　その他（　　）

＊市記入欄

異動事由	入力	確認
転入・新規 変更・その他		
発行済　・　発行希望　・　来年から		

※「市の検診を受ける」と登録された方は、申込み内容などの個人情報について、検診委託先へ情報提供させていただく場合があります。
※検診事業以外の目的で、個人情報を利用することはありません。