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 〔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