大阪がん循環器病予防センターがん検診（施設）申込書

〇年　〇月　×日

岬　町　長　様

申請者　住所　岬町　淡輪〇×

見本

氏名　岬太朗　対象者との続柄（　本人　）

電話　072　－　492　－　××

下記のとおり、大阪がん循環器予防センターがん検診受診券の交付を申請いたします。
なお、対象者確認時、住民基本台帳を閲覧することに同意します。

記

氏　　名	岬　太朗
生　年　月　日	△　年　△　月　△　日　（　〇　）歳
住所	〒599-03×× 岬町　多奈川谷川××
電話番号	072-49×-△△

〈今回受診を希望する検診〉希望する検診の左欄に〇を記載ください。

〇	がん検診	受診履歴【町使用欄】
〇	胃（バリウム胃部X線）	
〇	大腸（便潜血反応検査）	
	乳（マンモグラフィ）	
	子宮（子宮頸部細胞診）	
〇	肺（胸部X線）	

※生活保護世帯（世帯全員）の場合はお申し出ください。
※受診者本人と同一世帯以外の方が申請する場合には、委任状が必要となります。
※郵送での受取を希望される方は、110円切手を貼付の上、宛先記入済の封筒を提出してください。

【町記入欄】

本人確認	確認方法	確認者
□申請者本人確認 □代理人本人確認	□運転免許書　□休日夜間診療依頼証 □健康保健証(マイナ保険証)及び資格確認書 □その他（　　）	