

各区役所・支所等に検診車を配車し，ホームページに記載している日程で実施します（実施時期については，都合により変わることがあります。）。

必要事項をご記入いただき，京都予防医学センターへご郵送ください（封筒に入れて郵送いただくことも可能です。）。

**申込期限は各区実施開始月の前月１５日までです。**

申込締切後，順次，京都予防医学センターから「日時のお知らせ」をお送りします。

|  |
| --- |
| 〒６０４－８４９１ 中京区西ノ京左馬寮町２８ 京都予防医学センター　胃がん・大腸がん巡回検診係　行 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 胃がん・大腸がん巡回検診申込書 | | | |
| 受診希望項目 （〇印で囲んでください） | | 1　　胃・大腸とも受診  ２　　胃のみ受診  ３　　大腸のみ受診 | |
| 受診希望会場（希望がない場合は空欄にしてください） | |  | |
| 住所 | 〒 京都市 | 電話 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 大　・　昭 　　　　　　　　年　　　月　　　日　（　　歳） |

|  |
| --- |
| お問合せは，京都予防医学センター　胃がん・大腸がん巡回検診係 ＴＥＬ：８１１ー９１３５ |
|