

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　乳がん巡回検診係　行 |
|

|  |
| --- |
| 乳がん巡回検診申込書 |
| 今までの京都市の乳がん検診を受けたことが |
| ない　・　ある（前回受診会場　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| フリガナ |  | 電話 |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　　大　・　昭　・　平　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　歳） |
| 40歳以上でペースメーカーを装着されている方・妊娠中の方・乳房形成されている方は，検査を受けられません。 |

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