

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。）。

約１～２週間後に，京都予防医学センターから検便の容器等をお送りします。

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

|  |
| --- |
| 大腸がん検診検便容器申込書 |
| 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　大腸がん検診係ＴＥＬ：８１１ー９１３５ |
|