

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） | | 受診希望日 （希望がない場合は希望無しの欄に〇印をご記入ください） 未記入の場合は希望がないものとして扱います | | | | | |
| １　胃・大腸とも受診 ２　胃のみ受診　　　３　大腸のみ受診 | | 第一 希望 | 月 | 第二 希望 | 月 | 希望 無し |  |
| 受診希望会場 （希望がない場合は 空欄にしてください） |  | 日 | 日 |
| 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 |
|