



# 乳がん検診申込書

## 事業所用

お申し込みは、検診希望日の2週間前までにFAXまたは郵送にてお願いいたします。

住所 〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	TEL
	FAX
事業所名	担当課及び担当者名

### 《 申込人員 》

### 《 検診希望日 》

年齢	検査方法	申込人員
20～39歳	乳腺超音波検査	人
40歳～	乳腺超音波検査 マンモグラフィ検査	人

希望日程につきましては、お電話にて

お問い合わせください。

※お申し込みは先着順となっておりますので、満員の際はご了承ください。

※30歳～39歳の方でマンモグラフィ検査をご希望される場合

※3,240円(マンモグラフィ検診料金)追加となります。

乳腺超音波検査を行い、乳房や乳腺の状態によって、マンモグラフィ検査をお断りする場合がございますので、予めご了承ください。

検診当日の受付時間は、13:15～13:30となります。

### 《 お支払方法 》

ご希望のお支払方法に☑をつけてください。

当日のお支払い

後日のお振込み

検診終了後、2～3週間で結果を郵送いたします。  
請求書と振込用紙は、月締めにてお送りいたします。

### 《 備考 》 ※ご希望などございましたら、ご記入ください。

---



---



---



---

### 《 請求書 》

請求先が異なる場合は、下記に請求先をご記入願います。また、請求内容の分割等がある場合は事前にお知らせください。

住所 〒 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
宛 名	TEL

#### 《お申し込み・お問い合わせ先》

公益財団法人 青森県総合健診センター

附属 あおもり人間ドックセンター 人間ドック健診係まで

〒030-0962青森市佃二丁目19番12号

TEL:017-765-2570 FAX:017-765-2580

※健診等に関わる個人情報について、疫病予防研究、疫学的調査研究の目的に限り使用させていただくことがありますが、個人情報の保護については十分配慮いたしますので予めご了承ください。

