



乳がん検診申込書

お申込みは検診希望日の2週間前までに以下の口枠の項目をご記入のうえ、直接当ドックセンター窓口までお持ちいただくか、FAXまたは郵便でお送りくださいますようお願い申し上げます。

基本情報

※申し込み書が届きましたら、確認のためにご連絡いたします。

連絡先TEL

お名前	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成		
			年	月	日生
住所	〒 -	TEL	-	-	
		FAX	-	-	
		年齢			歳

検診希望日

日程に関しては、お電話にてお問合せください。

※検診当日の受付時間は 13:15～13:30 となります。

第1希望日	第2希望日
月 日	月 日

検診項目

当てはまる欄に☑をつけてください

- 20～39歳の方** 乳腺超音波検査のみ
 ※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。
- 40歳以上の方** 乳腺超音波検査とマンモグラフィ検査の併用

お支払方法

ご希望の欄に☑をつけてください

- 当日のお支払
- 後日のお振り込み

※あおり人間ドックセンターでは、市町村で発行されている無料クーポン券は使用できません。



《お申し込み・お問い合わせ 公益財団法人 青森県総合健診センター
 附属 あお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、疫学予防研究、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。