



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致します。

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、お問合せいただくか、別紙検診日程をご覧の上、第2希望までご記入ください。

なお、受付時間は13:15～13:30となっております。

実施日、実施人数により異なりますので、お申し込みの際にご確認ください。

第1希望日	第2希望日
月 日	月 日

※電話にて日程を仮予約した方は、第1希望のみご記入ください。

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は、先に乳腺超音波検査を行い、乳房や乳腺の状態によってはマンモグラフィ検査をお断りする場合がありますので、ご了承ください。 ※料金3,240円追加となります。

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

※あおも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。
(青森県総合健診センター専用のクーポン券は使用可能です)



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

※ 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願います。