

大阪市がん検診専用電話 宛  
(平日9:00~17:00)

TEL 06-6208-8250  
FAX 06-6202-6967

## 令和2年度 大阪市がん検診 夜間乳がん(マンモグラフィ)検診 申込用紙

大阪市乳がん検診の受診対象(受診要件を満たす)の方、または乳がん検診無料  
クーポン券をお持ちの方は受診申込ができます。

下記の注意事項をご覧の上、太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

希望する実施日に○印を記載してください。 検診受付時間はいずれも18:30~19:30です。	
<input type="radio"/> 6/18(木) クレオ大阪南(乳)	<input type="radio"/> 9/30(水) 福島区保健福祉センター(乳・骨)
<input type="radio"/> 7/2(木) クレオ大阪南(乳)	<input type="radio"/> 10/8(木) クレオ大阪南(乳)
<input type="radio"/> 8/6(木) クレオ大阪南(乳)	<input type="radio"/> 10/15(木) 西区保健福祉センター(乳・骨)
<input type="radio"/> 8/21(金) 城東区保健福祉センター(乳・骨)	<input type="radio"/> 10/19(月) 此花区保健福祉センター(乳・骨)
<input type="radio"/> 9/1(火) 西成区保健福祉センター(乳・骨)	<input type="radio"/> 10/21(水) 鶴見区保健福祉センター分館(乳・骨)
<input type="radio"/> 9/3(木) クレオ大阪南(乳)	<input type="radio"/> 12/21(月) 天王寺区保健福祉センター(乳・骨)
<input type="radio"/> 9/4(金) 都島区保健福祉センター分館(乳・骨)	
<input type="radio"/> 9/25(金) 阿倍野区保健福祉センター(乳・骨)	

### ◆受診希望者

フリガナ	
名 前	
生年月日	昭和 年 月 日
クーポン券番号	*お持ちの方は記入してください
郵便番号 住 所	
電話番号 (昼間連絡のつく連絡先)	
FAX番号	

### 注意事項

申込開始日の午前9時より受付開始です。

それ以前に送信された分は無効となりますのでご注意ください。

先着順のため、FAX受信時点で予約受付終了の可能性がります。

お申し込みのFAX受信後、電話またはFAXにて受付完了等のご連絡を折り返しさせていただきます。

受 付 日 時	受 付 者
月 日 ( : ) 頃	

受付簿	返戻SP	PC入力	Wチェック

キャンセル受付日時	受 付 者	PC入力	Wチェック
月 日 ( : ) 頃			