

**令和7年度 大阪市がん検診
夜間や区役所以外での乳がん(マンモグラフィ)検診・大腸がん検診 申込用紙**

大阪市乳がん検診・大腸がん検診の受診対象(受診要件を満たす)の方が受診申込みできます。
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

実施場所:クレオ大阪南

希望する受診日に✓を記載してください。			
<input type="checkbox"/> 10/21(火) 午前	<input type="checkbox"/> 11/14(金) 午前	<input type="checkbox"/> 10/10(金) 夜間	<input type="checkbox"/> 11/ 5(水) 夜間
	<input type="checkbox"/> 11/18(火) 午前	<input type="checkbox"/> 10/24(金) 夜間	<input type="checkbox"/> 11/27(木) 夜間
希望する受付時間帯に✓を記載してください。			
<input type="checkbox"/> 10:00~10:20		<input type="checkbox"/> 18:30~18:50	
<input type="checkbox"/> 10:30~10:50		<input type="checkbox"/> 19:00~19:20	
<input type="checkbox"/> 11:00~11:20		<input type="checkbox"/> 19:30~19:50	
◆希望検診 <input type="checkbox"/> 乳がん検診(マンモグラフィ) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診(乳がん検診を受診する方限定・午前中のみ)			

◆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 <small>(昼間連絡のつく連絡先)</small>	
FAX番号	

次の記載事項をご確認いただき、✓を記載してください。
<input type="checkbox"/> 大阪市ホームページより『がん検診受診要件』をご覧いただき、受診対象外ではないことを確認しました。 <input type="checkbox"/> 妊娠中、妊娠している可能性がある/心臓ペースメーカーを装着中/前胸部に何かが入っている /豊胸術後、いずれにも当てはまりません。 <input type="checkbox"/> 受診日の一週間前頃に、ご自宅宛に専用の個人票を送付します。 <input type="checkbox"/> 当日は予約された受付の時間帯にお越しください。早く来所する必要はありません。 <input type="checkbox"/> キャンセルは2日前までに専用電話へご連絡ください。

注意事項

先着順のため、FAX受信時点で予約受付終了の可能性があります。
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	受付簿	返戻SP	PC入力	Wチェック
月 日 (:)頃					

キャンセル受付日時	受付者	PC入力	Wチェック
月 日 (:)頃			