

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4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"/> 6/9(木) クレオ大阪南(乳)	<input type="radio"/> 9/14(水) クレオ大阪南(乳)
<input type="radio"/> 7/21(木) クレオ大阪南(乳)	<input type="radio"/> 10/6(木) クレオ大阪南(乳)
<input type="radio"/> 8/4(木) クレオ大阪南(乳)	

◆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

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			