

令和7年度 大阪市がん検診

イオンモール鶴見緑地での乳がん(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の(受診要件を満たす)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:イオンモール鶴見緑地

希望する受付日時に✓を記載してください。			
10/5(日) 午前	☐ 10:00~10:20	10/5(日) 午後	☐ 13:30~13:50
	☐ 10:30~10:50		☐ 14:00~14:20
	☐ 11:00~11:20		☐ 14:30~14:50
◆希望検診 ☐ 乳がん検診(マンモグラフィ) ☐ 大腸がん検診			

◆受診希望者

フリガナ		性別
名 前		女・男・その他
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		

次の記載事項をご確認いただき、✓を記載してください。
☐ 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。
☐ 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 上記いずれにも当てはまりません。
☐ 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。
☐ 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。
☐ 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			