

令和8年度 大阪市がん検診
大阪市保健所での肺がん検診・大腸がん検診
・骨粗しょう症検診 申込用紙

大阪市肺がん検診・大腸がん検診・骨粗しょう症検診の受診対象の(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:大阪市保健所 (大阪市中央区安土町3丁目1番3号)

希望する受付時間・検診項目に✓を記載してください。		
11/28(土曜日)	◆受付時間	☐ 13:00～13:20 ☐ 13:30～13:50 ☐ 14:00～14:20
	◆検診項目	☐ 肺がん検診 ☐ 大腸がん検診 ☐ 骨粗しょう症検診

◆受診希望者

フリガナ		性別
名 前		女 ・ 男
生 年 月 日	昭 和 年 月 日 平 成	
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/インスリンポンプ及び持続血糖測定器を装着中 上記いずれにも当てはまりません。	
☐ 受診日の約一週間前頃に、ご自宅宛に専用の個人票を送付します。	
☐ 受診日の約一週間以内に予約いただきました方は、検診会場で専用の個人票をお渡しします。	
☐ 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日前までにがん検診専用電話(06-6208-8250)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			