

|      |         |   |     |
|------|---------|---|-----|
| 住 所  | 〒       |   |     |
|      | あきる野市   |   |     |
|      | アパート名など |   | 号室  |
| フリガナ |         |   | 性別  |
| 氏 名  |         |   | 男 女 |
| 生年月日 | 昭・平     | 年 | 月 日 |
| 電話番号 | 【自宅】    | — | —   |
|      | 【携帯】    | — | —   |

## 令和7年度がん検診申込書

※希望者多数により定員を超えた場合には、他の検診日、検診会場を市が指定することがありますので、あらかじめご了承ください。

※申込期限は、6月20日(金)です(消印有効)。

※乳がんと子宮がんは、2年に1回の受診です。

※年齢は令和8年(来年)4月1日時点の年齢です。

### ①希望する検診の種類、会場、曜日、時期を○で囲んでください

★日程表を必ず確認してからご記入ください。

★日にちを指定してお申込みをご希望の方は、「時期」欄の余白にご記入ください。

※ただし、希望者多数により定員を超えたときは、ご希望に添えない場合があります。

相:あきる野保健相談所 五:五日市会館 ふ:秋川ふれあいセンター 阿:公立阿伎留医療センター ゆ:ゆしまウィメンズクリニック

| 種類             | 会場※複数可                 | 曜日※複数可                     | 時期※複数可                         |
|----------------|------------------------|----------------------------|--------------------------------|
| 胃<br>(40歳以上)   | どこでもよい 又は<br>相 五 ふ 阿   | いつでもよい 又は<br>月 火 水 木 金 土 日 | いつでもよい 又は<br>9～10月 11～12月 1～2月 |
| 大腸<br>(40歳以上)  | どこでもよい 又は<br>相 五 ふ 阿   | いつでもよい 又は<br>月 火 水 木 金 土 日 | いつでもよい 又は<br>9～10月 11～12月 1～2月 |
| 肺<br>(40歳以上)   | どこでもよい 又は<br>相 五 ふ 阿   | いつでもよい 又は<br>月 火 水 木 金 土 日 | いつでもよい 又は<br>9～10月 11～12月 1～2月 |
| 乳<br>(40歳以上)   | どこでもよい 又は<br>相 五 ふ 阿   | いつでもよい 又は<br>月 火 水 木 金 土 日 | いつでもよい 又は<br>9～10月 11～12月 1～2月 |
| 子宮<br>(20歳以上)  | どこでもよい 又は<br>相 五 ふ 阿 ゆ | いつでもよい 又は<br>月 火 水 木 金 土 日 | いつでもよい 又は<br>9～10月 11～12月 1～2月 |
| 前立腺<br>(50歳以上) | どこでもよい 又は<br>相 五 ふ     | いつでもよい 又は<br>月 火 水 木 金 土 日 | いつでもよい 又は<br>9～10月 11～12月 1～2月 |

### ②グループ検診(希望者のみ) (家族や友人と一緒に検診を受診できます。 ※申込書は1人1枚必要です。)

※一緒に受診する方の申込書を同じ封筒に入れて申し込んでください。

一緒に受診する方の氏名を記入し、申込書を同封したらチェック(✓)をつけてください。

|   |   |   |            |
|---|---|---|------------|
| ① | ② | ③ | □申込書を同封した。 |
| ④ | ⑤ | ⑥ |            |

### ③一時保育サービス(希望者のみ) (受診している間、お子さん(1才から未就学児まで)をお預かりします。)

※実施する検診日と会場は決まっています。受診案内でご確認ください。

|         |      |             |    |                  |
|---------|------|-------------|----|------------------|
| お子さんのこと | フリガナ |             | 性別 | スタッフに知らせておきたいこと。 |
|         | 氏名   |             |    |                  |
|         | 生年月日 | 平成・令和 年 月 日 |    |                  |

### ④受診方法の相談・調整(希望者・対象者のみ) (車椅子を利用している方や介助を必要とする方が対象です。 ※後日、個別にご連絡する場合があります。)

当てはまる番号に○をつけてください。受診方法を相談・調整するための参考にさせていただきます。

|                |                  |
|----------------|------------------|
| 1. 車椅子を利用している。 | スタッフに知らせておきたいこと。 |
| 2. 受診の際に介助が必要。 |                  |