

ファックス送信票

《送信先》
綾町健康センター FAX 77-0338

あなたの健康状態
は…



お申し込みの際の留意事項

- ※ 地区名・電話番号・氏名・生年月日を忘れずに記載してください。
- ※ 子宮がん検診を希望される方は、6月10月のどちらかに○をしてください。

地区名 ()地区名の記入をお願いします。 電話番号 77-	① 胃がん検診	② 大腸がん検診	③ 乳がん検診	④ 子宮がん検診	⑤ 肺がん検診
例 氏名 綾 花子 (大・昭・平 . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 6月 10月	<input type="radio"/>
1 氏名 (大・昭・平 . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6月 10月	<input type="radio"/>
2 氏名 (大・昭・平 . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6月 10月	<input type="radio"/>
3 氏名 (大・昭・平 . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6月 10月	<input type="radio"/>
4 氏名 (大・昭・平 . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6月 10月	<input type="radio"/>
5 氏名 (大・昭・平 . .)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	6月 10月	<input type="radio"/>

まずは検診！健康第一！