

# ファックス送信票

《送信先》 綾町健康センター FAX 77-0338

あなたの内臓脂肪・・・



## \* 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。
- ※ 前立腺がん検診の対象者は、50歳以上の男性となっています。
- ※ 子宮頸がん検診を希望される方は、5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。	① 胃がん検診	② 大腸がん検診	③ 前立腺がん検診	④ 乳がん検診	⑤ 子宮頸がん検診	⑥ 肺がん検診
電話番号 —						
例 氏名 綾 花子 (大・昭・平 . . )	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/> 5月 10月	<input type="radio"/>
1 氏名 (大・昭・平 . . )					5月 10月	
2 氏名 (大・昭・平 . . )					5月 10月	
3 氏名 (大・昭・平 . . )					5月 10月	
4 氏名 (大・昭・平 . . )					5月 10月	
5 氏名 (大・昭・平 . . )					5月 10月	

まずは検診！健康第一！