

ウエルネスおおむた応援事業
集団出前がん検診申込書

(申請者)
住所 〒 _____
氏名 _____

集団出前がん検診について、下記のとおり申し込みます。

記

希望する検診名 (□にレをつける)	<input type="checkbox"/> 胃がん検診(40歳以上) <input type="checkbox"/> 大腸がん検診(40歳以上) <input type="checkbox"/> 乳がん検診(40歳以上) <input type="checkbox"/> 子宮がん検診(20歳以上)		
と き	※開始時間は、原則として胃がん検診が含まれる場合は午前9時から、胃がん検診以外の検診のみを実施する場合は午前10時からとなります。		
	第1希望	平成	年 月 日 ()
	第2希望	平成	年 月 日 ()
と ころ	施設名		
	所在地	〒 _____ 大牟田市	
企業・団体等の概要	名称		
	代表者	住所	
		氏名	
受診予定者数 (人)			
連絡先	住所		
	氏名		
	電話番号		

- ※ 選択した各検診の受診希望者が概ね40人以上確保できる団体・企業・グループ等が対象になります。
- ※ 検診車の駐車スペースや通路、受付等の場所を確保できる団体・企業・グループ等が対象になります。
(保健所での実施も可能です)
- ※ 検診機関の業務等の関係で日時等のご希望に添えない場合もありますのでご了承ください。
- ※ 既にかん検診を独自に行っている企業等は、申込みはできません。

集団出前がん検診を希望される場合には、原則として希望する日の1か月前までに健康対策課健康増進担当に持参、郵送、ファクス、電子メールのいずれかで申込みください。

【申込み・問合せ先】

〒836-8666 (住所不要) 大牟田市健康対策課 健康増進担当 (大牟田市保健所2階)
電話番号: 0944-41-2669 ファクス: 0944-41-2675
E-mail: kenkoutaisaku01@city.omuta.lg.jp