令和6年度　**≪ふるさと納税による検診≫　申　込　書**

**※利用券をお受け取りになりましたら、こちらの申込書にご記入のうえお申込みください。**

●利用券の種類（必須）　　　　　　　　　　　　　　　　　　**※□は「レ印」を必ずご記入願います**

|  |  |
| --- | --- |
| **□　全身MRI（DWIBS）がん検診**  **（頭頚部～骨盤部の撮像）** | １検査２０分で撮像可能  ※当院ホームページ内の**セルフチェック**を要確認 |
| * **低線量肺がんCT検査** | 被曝量の少ない検査  喫煙者、喫煙歴、受動喫煙のある方 |

●検診を受ける方の基本情報（必須）　　　　　　　**※基本情報および希望日等は、必ずご記入願います**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **氏 　名** |  | **申込日**　　年　　月　　日 | |
| **生年月日** | 昭和  平成　　　　年　　　　月　　　日（　　　歳） | **性　別** | 男　・　女 |
| **現 住 所** | 〒　　　― | | |
| **電話番号**  **（日中のご連絡先）** | 携帯／勤務先(　　　　　　　　　　　）　自宅（　　　　　　　　　　　） | | |
| **（メールアドレス）** |  | | |
| **実施希望日** | **◆第1希望日：　 月　　 日( 　　)曜日（AM・PM　　　　）**  **◆第2希望日：　 月　　 日( 　　)曜日（AM・PM　　　　）**  **◆第3希望日：　 月　　 日( 　　)曜日（AM・PM　　　　）**  **□いつでもよい　　　□（　　　　　　　　　）以外希望**  **□（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）希望** | | |
| ※当センターにて調整後、予約確定のご連絡をさせていただきます。（3営業日以内に） | | | |

ご質問/ご要望（ご自由にご記入ください）

※ご記入いただいた申込書を**健診センター**まで送ってください。（こちらから改めてご連絡いたします）

　 FAX　　　０１９７－２４－９０９１（健診センター専用）

メール　　[kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp](mailto:kenkoukanri@city.oshu.iwate.jp)（健診センター専用）