

「お得に受ける大腸がん検診」申込書

令和6年 月 日

十和田市役所健康増進課 高田 行

【FAX 0176-25-1183】

事業所名 : _____

住 所 : _____

電 話 : _____

担 当 者 : _____

大腸がん検診申込予定者名簿（S60年4月1日以前に生まれた方）

※太枠内と検体提出予定日をご記入ください。

事業所記入欄			十和田市記入欄		
No.	氏名	生年月日	個人番号	年度末年齢	料金
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
料金 合計					

検体提出予定日 : 令和6年 月 日