

(様式)

脾臓がん検診（自費）申込書

申 込 者	患者登録番号 (当院の診察券をお持ちの方は記入してください)						
	フリガナ			性別	☐ 男 ☐ 女		
	氏 名						
	生 年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 西暦		年	月	日	生まれ
	連 絡 先	携帯番号（必須）		連絡可能な時間帯			
		電話番号		連絡可能な時間帯			
		E-mail					
		住所	〒				
本籍地 ★	☐ 連絡先住所と同じ ☐ 異なる場合は以下にご記入ください				戸籍筆頭者		
緊 急 連 絡 先	フリガナ			続柄			
	氏 名						
	電 話 番 号	(携帯) (自宅)					
検診希望日	① 月 日 (火)						
	② 月 日 (火)						
	③ 月 日 (火)						

★愛知県がんセンターでは、がん統計のため、当院で診察・検査等を受けられる全ての方に伺っています。

※以下の内容にあてはまる方は、検診をうけていただくことができません。

- 体内に金属製の埋め込み器具等が入っている方
(ペースメーカー、埋め込み型除細動器、脳動脈クリップ、脳室シャントチューブ等)
- 入れ墨、タトゥー、アートメイクの入っている方
- 閉所恐怖症の方

□上記に該当しないことを確認しました。

申込～検査当日までの 流れについて	①申込書に必要事項を記入し、郵送で下記住所へお送りください。 ②当院に書類が届きましたら、確認のお電話をさせていただきます。 ③書類受領後に当院で予約日時を決定し、検査予約票などの書類をお送りします。 ④検査当日は必要なものを持参していただき、病院2階総合案内へお越しください。
----------------------	---

<申込書送付先>

〒464-8681
愛知県名古屋市中種区鹿子殿1番1号
愛知県がんセンター 地域医療連携室（脾臓がん検診担当）

<お問い合わせ>

愛知県がんセンター 地域医療連携室 TEL：052-764-9818 FAX：052-764-9897

(様式)

膵臓がん検診（自費）申込書

記入例

申 込 者	患者登録番号 (当院の診察券をお持ちの方は記入してください)				
	フリガナ	アイチ タロウ		性別	■ 男 □ 女
	氏 名	愛知 太郎			
	生 年 月 日	□ 大正 ■ 昭和 □ 平成 □ 西暦 39 年 12 月 1 日 生まれ			
	連 絡 先	携帯番号 (必須)	090-9999-9999	連絡可能な時間帯	平日午後
		電話番号	052-762-6111	連絡可能な時間帯	平日午後
		E-mail	aichi_taro@xxxx.xx.xx		
		住所	〒 464-8681 名古屋市千種区鹿子殿1-1		
	本籍地 ★	■ 連絡先住所と同じ 異なる場合は以下にご記入ください		戸籍筆頭者 愛知 太郎	
	緊 急 連 絡 先	フリガナ	アイチ ハナコ		続柄
氏 名		愛知 花子			
電 話 番 号		(携帯)	090-8888-8888	(自宅)	052-762-6111
検診希望日		① ● 月 × 日 (火) ② ● 月 ▲ 日 (火) ③ ● 月 ■ 日 (火)			

★愛知県がんセンターでは、がん統計のため、当院で診察・検査等を受けられる全ての方に伺っています。

※以下の内容にあてはまる方は、検診をうけていただくことができません。

- 体内に金属製の埋め込み器具等が入っている方
(ペースメーカー、埋め込み型除細動器、脳動脈クリップ、脳室シャントチューブ等)
- 入れ墨、タトゥー、アートメイクの入っている方
- 閉所恐怖症の方

■上記に該当しないことを確認しました。

申込～検査当日までの 流れについて	①申込書に必要事項を記入し、郵送で下記住所へお送りください。 ②当院に書類が届きましたら、確認のお電話をさせていただきます。 ③書類受領後に当院で予約日時を決定し、検査予約票などの書類をお送りします。 ④検査当日は必要なものを持参していただき、病院2階総合案内へお越しください。
----------------------	--

<申込書送付先>

〒464-8681
愛知県名古屋市千種区鹿子殿1番1号
愛知県がんセンター 地域医療連携室（膵臓がん検診担当）

<お問い合わせ>

愛知県がんセンター 地域医療連携室 TEL：052-764-9818 FAX：052-764-9897