


乳がん検診申込書

2019年10月19日（土）の乳がん検診に申込みします。

申込日 年 月 日

氏 名	(フリガナ)			
生 年 月 日	西 暦	年	月	日生
	(歳)			
住 所	〒 _____			
電 話 番 号	①	()	(自宅・携帯・会社・その他)	
	②	()	(自宅・携帯・会社・その他)	
メールアドレス				
職 業	会社役員・会社員・公務員・主婦・その他()			
当院受診歴	有・無	有の場合(患者ID番号:)		
乳がん検診歴	有・無	有の場合(過去 回)		
希 望 時 間 (○をして下さい)	第1希望	9:00~	10:00~	11:00~
	第2希望	9:00~	10:00~	11:00~
	第3希望	9:00~	10:00~	11:00~
受付完了通知	メール ・ 郵送  茶封筒 ・ 病院指定封筒			
キャンセル待ち	希望する ・ 希望しない			

- ※ キャンセル待ちの方は、10月11日（金）までに記載いただいた電話番号にご連絡させていただきます。
- ※ ご希望のお時間に添えない場合もございます。ご了承ください。
- ※ ご連絡することがある場合、記載された番号にお電話をさせていただくことがございます。ご了承ください。
- ※ 受付が完了次第、記載いただいたメールアドレス若しくは住所に受付完了の通知をさせていただきます。また、当日のご案内につきましては受診日の10日から1週間前までに記載いただいた住所に送らせていただきたいと思います。