

## 乳がん検診受診券発行申請書

大野城市長 殿

下記のとおり、乳がん検診受診券発行を申請します。

記

受診者氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 大正・昭和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (続 柄)

受診者住所 大野城市 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

申請理由 (今年度医療機関での受診を希望する理由)

- ・かかりつけ医で受診したいため
- ・その他 (理由 : \_\_\_\_\_ )

### 同意・署名欄

- 前年度、市の乳がん検診は受けていません。  
※市が行う乳がん検診 (集団・個別) は2年に1回受診できます。
- 今年度、市の乳がん検診 (集団) を申し込んでいません。  
申し込みをしている場合は、キャンセルします。
- 3月末の年齢が 40 歳から 79 歳までの奇数年齢年度の6月頃に受診券を送付しています。  
3月末の年齢が偶数の年度に受診した場合、翌年度に受診券は送付されません。

説明について同意しました。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 署名 \_\_\_\_\_

市記入欄

前年度受診確認

今年度申込確認

発行・入力 対応者サイン \_\_\_\_\_