

独立行政法人国立病院機構 広島西医療センター
自治体検診 申込書

申込日： _____

1. 受診希望者さまの情報

ふりがな

お名前

生年月日

性別 男 女

住所

連絡先

当院の受診歴 あり なし

2. ご希望の健診の種類について（番号に○をつけてください）

**事前に必ず、使用可能な受診券（クーポン券）をお持ちであるか
ご確認ください。（受診可能な方は自治体より配布されております）**

大竹市 特定健康診査（75歳以上は後期高齢者医療健康診査）

大竹市 大腸がん検診

大竹市 胃がん検診（内視鏡検査）

大竹市 肝炎ウイルス検査

大竹市 乳がん検診

大竹市 子宮頸がん検診

和木町 乳がん検診

廿日市市 乳がん検診

廿日市市 子宮頸がん検診

※廿日市市の検診については、受診券がなくても受診できる場合があります。
ご自身が受診可能であるかは自治体へご確認ください。

3. 自己負担について（大竹市の方のみ、お答えください）

お持ちの受診券（クーポン券）に自己負担の金額は有料・無料
どちらになっているかを教えてください。

無料

有料（受診券に金額が書かれている）

4. ご希望の受診日

① 第一希望日

② 第二希望日

③ 第三希望日

④ その他

**※子宮頸がん検診は月曜日、木曜日のみ実施となります。
※大竹市 胃がん検診は水曜日、金曜日のみ実施となります。**

下記のFAXまたはメールアドレスまでお送りください。
担当者より折り返しご連絡させていただきます。

広島西医療センター 医事課 健診担当

FAX：0827-57-0462

Mail：508-iji@mail.hosp.go.jp