

## 受診票をお持ちください

乳がん検診（視触診・超音波検査）・子宮頸がん検診・骨粗しょう症検診の受診の際は、以下の受診票に必要事項を記入し、切り取りお持ちください。肺がん検診（胸部エックス線検査）の受診票は4・5ページです。その他の検診の受診票は不要です。  
 ※受診票が不足の場合は、長野市保健所健康課、市役所（第一庁舎2階 健康課窓口）、支所、保健センターに用意してあります。なお、対象者は長野市に住民票がある人です。

切り取り線

長野市		<b>乳がん検診受診票</b> (視触診・超音波検査)	
住 所	〒□□□-□□□□		
	長野市		
(フリガナ)			
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	大・昭		
	年	月	日 (満 歳)
電話番号	-	-	

長野市		<b>乳がん検診受診票</b> (視触診・超音波検査)	
住 所	〒□□□-□□□□		
	長野市		
(フリガナ)			
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	大・昭		
	年	月	日 (満 歳)
電話番号	-	-	

切り取り線

切り取り線

長野市		<b>子宮頸がん検診受診票</b>	
住 所	〒□□□-□□□□		
	長野市		
(フリガナ)			
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	大・昭・平		
	年	月	日 (満 歳)
電話番号	-	-	

長野市		<b>子宮頸がん検診受診票</b>	
住 所	〒□□□-□□□□		
	長野市		
(フリガナ)			
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	大・昭・平		
	年	月	日 (満 歳)
電話番号	-	-	

切り取り線

切り取り線

長野市		<b>骨粗しょう症検診受診票</b>	
住 所	〒□□□-□□□□		
	長野市		
(フリガナ)			
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	昭和		
	年	月	日 (満 歳)
電話番号	-	-	

長野市		<b>骨粗しょう症検診受診票</b>	
住 所	〒□□□-□□□□		
	長野市		
(フリガナ)			
氏 名	(姓)	(名)	
生年月日	昭和		
	年	月	日 (満 歳)
電話番号	-	-	

切り取り線

切り取り線