

前立腺がん検診申込相談票

次の質問に○、または必要事項を御記入ください。

長野市に住民票がある	はい	いいえ
生年月日をご記入ください	年	月 日
現在、前立腺の病気で治療中または経過観察中である	はい	いいえ
ご希望の会場、日程をご記入ください	月 日 ()	保健センター
ご希望の受付時間に○をつけてください	13時～13時30分	13時30分～14時
お名前をフルネームでご記入ください（カナ記入）		
FAX 番号かメールアドレス等、連絡先をご記入ください		
住所をご記入ください（番地、アパート名まで）		

お伺いした以外で、当日体調が悪い方は受診できませんのでご了承ください。