



令和8年度 集団検診申込書

申込期間 6月1日(月)～10月30日(金)

令和8年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日
氏名				
住所	蟹江町		電話番号	0567- -
(マンション アパート)		号室	携帯電話	- -

検診項目	受診される項目に○
胃(バリウム)	
肺	
大腸	
前立腺	
肝炎	
子宮	
乳(マンモグラフィ)	
骨粗鬆症	
歯周病検診 オーラルフレイル健診	
ヤング健診	歯周病検診又は オーラルフレイル 健診が含まれます
特定健康診査 (蟹江町の国民健康保険加入者)	
後期高齢者健康診査	

希望日	①	
	②	
	③	
		いつでもよい
	() 曜日以外	
備考		

※ご希望に添えない場合がありますので、ご了承ください。

午前の受付時間 8:30～8:50 9:00～9:20 9:30～9:50 10:00～10:20 10:30～10:50	午後の受付時間 1:00～1:20 1:30～1:50 2:00～2:20
---	---

FAXの送信先(蟹江町健康推進課)
0567-96-5251