

※申込期間：令和7年4月1日(火)～令和8年1月31日(金)

W 2025

大腸がん検診申込書

友の会会員番号又は職員番号

FAX 03-5420-8252

自宅住所 〒		性別		生年月日		年齢		
ふりがな		性別		生	年	月	日	年齢
受診者名		男・女		T・S・H	年	月	日	才
ふりがな		性別		生	年	月	日	年齢
受診者名		男・女		T・S・H	年	月	日	才
ふりがな		性別		生	年	月	日	年齢
受診者名		男・女		T・S・H	年	月	日	才

以上 _____ 名の検診を申し込みます。

※住所・氏名・性別・生年月日などは必ずご記入下さい。

※このはがきで申し込み後、検査用具および説明書と振込用紙をご送付いたします。

※2000年度以前の友の会会員は5桁の会員番号をご記入下さい。

(封筒の住所シールに職員番号又は友の会会員番号が入っています。)

日教弘 東京支部