

大腸がん検診申込書 FAX 03-5420-8252		友の会会員番号又は職員番号					
自宅住所 〒			自宅電話				
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。

※こののがきで申し込み後、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