

1 古河赤十字病院・友愛記念病院・茨城西南医療センター病院で受診する場合

**申込期間** 令和6年4月22日(月)まで  
(郵送の場合は4月22日消印有効)

**申込方法** 電子申請または指定様式  
(下記の様式)を郵送  
(※必ず指定の様式を使用してください。)

**申込先** 健康づくり課

**注意事項**

- 期間外に届いたもの、不備のあるもの、指定様式以外で届いたものは無効となります。
- 申込み多数の場合は抽選となります。抽選に外れた人にもみ5月中に健康づくり課から通知を発送します。
- 子宮頸がん・乳がん検診を同じ医療機関で申し込んでも同日に受けられない場合があります。
- 遅くとも検診日の約1か月前には申込みした医療機関より通知が届きます。(通知が申込みから数か月後に届く場合があります。)
- 検診の内容および日程等は医療機関へお問い合わせください。
- 指定された日以外は受診できない可能性があります。

**郵送申込み様式** (送付先) 〒306-0044 古河市新久田271-1 古河福祉の森会館 健康づくり課

→ 切り取って切手を貼るか、封筒に入れて郵送してください

子宮頸がん・乳がん検診申込様式 (古河赤十字病院・友愛記念病院・茨城西南医療センター病院専用) このハガキで子宮頸がん・乳がん検診の両方が申込みます。	
フリガナ 氏名	_____
生年月日	S ・ H 年 月 日
住所	古河市
日中連絡のとれる 電話番号	
希望の医療機関・検診 子宮、乳それぞれ 第1希望のみ○で囲む	古河赤十字 (子宮・乳) 友愛 (子宮・乳) 西南 (子宮・乳)
ペースメーカーまたは チューブ等の有無 ○で囲む	無 ・ 有
生活保護受給の有無 ○で囲む	無 ・ 有
<b>申込期間 4月22日(月)まで(消印有効)</b> ※期間外に届いたもの、不備のあるものは無効となります。 <b>窓口では受付できません。</b>	

子宮頸がん・乳がん検診申込様式 (古河赤十字病院・友愛記念病院・茨城西南医療センター病院専用) このハガキで子宮頸がん・乳がん検診の両方が申込みます。	
フリガナ 氏名	_____
生年月日	S ・ H 年 月 日
住所	古河市
日中連絡のとれる 電話番号	
希望の医療機関・検診 子宮、乳それぞれ 第1希望のみ○で囲む	古河赤十字 (子宮・乳) 友愛 (子宮・乳) 西南 (子宮・乳)
ペースメーカーまたは チューブ等の有無 ○で囲む	無 ・ 有
生活保護受給の有無 ○で囲む	無 ・ 有
<b>申込期間 4月22日(月)まで(消印有効)</b> ※期間外に届いたもの、不備のあるものは無効となります。 <b>窓口では受付できません。</b>	