

※裏面を先に御確認ください。

受診票 NO

乳がん検診医療機関受診申請書兼同意書

米原市長 様

		申請年月日	年 月 日
申請者	氏名		
	生年月日	昭和 年 月 日 (歳)	
	住所	〒521- 米原市	
	電話番号		
受診医療機関		長浜赤十字病院	
検査内容		マンモグラフィー (50歳未満：2方向、50歳以上：1方向)	
乳がん検診 受診希望日 ※申請日より2週間以降の 日程を記入してください。	第1希望	年 月 日 () AM・PM :	
	第2希望	年 月 日 () AM・PM :	
	第3希望	年 月 日 () AM・PM :	
無料クーポン券の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
受診票の受取方法	<input type="checkbox"/> () へ取りに行きます。 <input type="checkbox"/> 郵送を希望します。 <input type="checkbox"/> その他 ()		

<個人情報の取扱いについて>

受診された結果(精密検査を含む。)は、医療機関から市へ送られてくることになっています。市に送られた結果は、今後の事業評価や検診の精度管理のために、県や関係機関へ報告します。なお、この目的以外に結果を提供することはありませんので、あらかじめ御了承ください。

また、必要に応じて医療機関や受診者本人に受診状況を問合せすることがありますので、御了承ください。

上記のことを同意した上で、申請いたします。

R5.4月～

