

郵便はがき

207-0015

切手貼付

東大和市中央3丁目918番地の1

東大和市立保健センター 行

※子宮頸がん検診申込み
(女性のみ)

↓必ずご記入ください。

フリガナ 氏 名	
住 所	東大和市
生年月日	大・昭・平 年 月 日
電話番号	

令和7年度

期間厳守!!

申込期間：前期 令和7年 4月15日～ 5月8日
後期 令和7年11月15日～12月8日
※どちらかで1回のみ (期間内の消印有効)

※点線に沿って切り取り、切手を貼付し郵送してください。

キリトリ

郵便はがき

207-0015

切手貼付

東大和市中央3丁目918番地の1

東大和市立保健センター 行

※胃がん検診（前期）申込み

↓必ずご記入ください。

フリガナ 氏 名	
住 所	東大和市
生年月日	大・昭・平 年 月 日
電話番号	

令和7年度

期間厳守!!

申込期間：前期 令和7年 5月15日～ 6月8日
後期 令和7年10月15日～11月8日
※どちらかで1回のみ (期間内の消印有効)

※点線に沿って切り取り、切手を貼付し郵送してください。

郵便はがき

207-0015

切手貼付

東大和市中央3丁目918番地の1

東大和市立保健センター 行

※乳がん検診申込み (女性のみ)

↓必ずご記入ください。

フリガナ 氏 名	
住 所	東大和市
生年月日	大・昭 年 月 日
電話番号	

令和7年度

期間厳守!!

申込期間：前期 令和7年 5月15日～ 6月8日
後期 令和7年10月15日～11月8日
※どちらかで1回のみ (期間内の消印有効)

※点線に沿って切り取り、切手を貼付し郵送してください。

キリトリ

郵便はがき

207-0015

切手貼付

東大和市中央3丁目918番地の1

東大和市立保健センター 行

※大腸がん検診申込み

↓必ずご記入ください。

フリガナ 氏 名	
住 所	東大和市
生年月日	大・昭 年 月 日
電話番号	

令和7年度

期間厳守!!

申込期間：前期 令和7年 6月15日～ 7月8日
後期 令和7年10月15日～11月8日
※どちらかで1回のみ (期間内の消印有効)

※点線に沿って切り取り、切手を貼付し郵送してください。

令和7年度 乳がん検診申込み

- ・必ず、市報などで申込要件を確認してください
- ・女性のみ、2年に1回(隔年) (令和6年度受診者は対象外)
- ・クーポン対象者(今年度41歳になる方)は申込み不要

※希望する検診期間に○をつけてください

希望する検診期間		どちらかに○
前期実施 (8月・9月・10月)	申込期間:5/15～6/8	
後期実施 (1月・2月)	申込期間:10/15～11/8	

※第1～3希望医療機関を選び、希望曜日をご記入ください。

※医療機関ごとに実施曜日が異なります

希望医療機関 (○で囲んでください)		希望曜日
第1希望	検診車／セントラルクリニック	曜日
第2希望	検診車／セントラルクリニック	曜日
第3希望	検診車／セントラルクリニック	曜日

※検診車実施曜日(前期日程)…月・水・木・土

※検診車実施曜日(後期日程)10/15以降に市報・市のホームページ等でご確認ください。

※セントラルクリニック実施曜日・・・月・木・金・土

令和7年度 子宮頸がん検診申込み

- ・必ず、市報などで申込要件を確認してください
- ・女性のみ、2年に1回(隔年) (令和6年度受診者は対象外)
- ・クーポン対象者(今年度21歳になる方)は申込み不要

※希望する検診期間に○をつけてください

希望する検診期間		どちらかに○
前期実施 (6/1～7/31)	申込期間:4/15～5/8	
後期実施 (1/4～2/28)	申込期間:11/15～12/8	

※希望する医療機関を第1～3希望までお選びください。

※同じ医療機関は選択できません。

希望医療機関(○で囲んでください)	
第1希望	阿部産婦人科 セントラルクリニック マリアヴィータ
第2希望	阿部産婦人科 セントラルクリニック マリアヴィータ
第3希望	阿部産婦人科 セントラルクリニック マリアヴィータ

令和7年度 大腸がん検診申込み

- ・必ず、市報などで申込要件を確認してください
- ・年1回のみ
- ・申込期間厳守
- ・肺がん検診同時との重複のお申込みはできません

※希望する検診期間に○をつけてください

希望する検診期間	どちらかに○
前期実施 8/1～9/30	
申込期間 6/15～7/8	
後期実施 12/1～2/28	
申込期間 10/15～11/8	

令和7年度 胃がん検診(前期) 申込み

- ・必ず、市報などで申込要件を確認してください
- ・申込期間厳守
- ・今年度市の胃がん検診(内視鏡検査)を受診しますと来年度の胃がん検診(バリウム検査を含む)は受診できません
- ・内視鏡検査の申込期間は5/15～6/18のみです

※内視鏡検査には2,500円の費用がかかります

※希望する検診方法のどちらかに○をつけてください

内視鏡検査 申込期間 5/15～6/8	
バリウム検査 申込期間 5/15～6/8	

内視鏡検査実施期間 8月から翌年2月末まで

内視鏡検査実施場所 市内指定医療機関

※バリウム検査を希望する方は日程を3つ選び、希望順に1から3の数字を以下に記入してください

【前期】

検診日	希望順	検診日	希望順
7/23(水)		8/12(火)	
7/24(木)		8/13(水)	
8/6(水)		8/14(木)	
8/7(木)		8/15(金)	
8/8(金)			

バリウム検査は後期日程もございます。詳細は10月15日号に掲載を予定しておりますので、そちらをご確認のうえお申込みください