

郵便はがき

207-0015

85円
切手貼付

東大和市中心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(女)
電話番号	

令和8年度

期間厳守!!

申込期間:前期 令和8年 4月1日~ 4月30日
後期 令和8年11月1日~11月30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

85円
切手貼付

東大和市中心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(女)
電話番号	

令和8年度

期間厳守!!

申込期間:前期 令和8年 5月1日~ 5月31日
後期 令和8年10月1日~10月31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

85円
切手貼付

東大和市中心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8年度

期間厳守!!

申込期間:前期 令和8年 5月1日~ 5月31日
後期 令和8年10月1日~10月31日
(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

85円
切手貼付

東大和市中心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(単独)

↓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8年度

期間厳守!!

申込期間:前期 令和8年 6月1日~ 6月30日
後期 令和8年10月1日~10月31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

キリトリ

令和8年度 乳がん検診申込み

- ・必ず、健康づくりカレンダー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7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
- ・申込期間厳守
- ※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:5/1~5/31	<input type="radio"/>
後期実施 (1月・2月)	申込期間:10/1~10/31	<input type="radio"/>

※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…月・水・木・金・土
 ※セントラルクリニック実施曜日…月・木・金・土

令和8年度 子宮頸がん検診申込み

- ・必ず、健康づくりカレンダー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7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
- ・申込期間厳守
- ※希望する検診期間に○をつけてください

希望する検査期間	どちらかに○
前期実施 6/1~7/31	<input type="radio"/>
申込期間 4/1~4/30	
後期実施 1/4~2/28	<input type="radio"/>
申込期間 11/1~11/30	

令和8年度 大腸がん検診申込み

- ・必ず、健康づくりカレンダー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	<input type="radio"/>
申込期間 6/1~6/30	
後期実施 12/1~2/28	<input type="radio"/>
申込期間 10/1~10/31	

令和8年度 胃がん検診申込み

- ・必ず、健康づくりカレンダーなどで申込要件を確認してください
- ・昨年度胃がん検診内視鏡検査を受診された方は胃がん検診の申込みはできません
- ※希望する検診方法のいずれかに○をつけてください。
 複数に○がある場合はどちらでも可と判断いたします。
- ※バリウム検診を希望する方は日付を3つ選び、希望順に1から3の数字を記入してください
- ・定員を越す申込みの場合は希望日ではない日に受診日が設定されます。

内視鏡検査	申込期間:5/1~5/31 実施期間:7/1~12/28	<input type="radio"/>
-------	---------------------------------	-----------------------

【バリウム前期】申込期間:5/1~5/31

検診日	希望順	検診日	希望順	
7/22(水)		8/12(水)		<input type="radio"/>
7/23(木)		8/13(木)		
7/24(金)		8/14(金)		

【バリウム後期】申込期間:10/1~10/31

検診日	希望順	検診日	希望順	
12/21(月)		1/6(水)		<input type="radio"/>
12/23(水)		1/7(木)		
12/24(木)				