

令和4年度『リボンの願い』  
乳がん検診無料クーポン券 プレゼント

申 込 書

申込日： 年 月 日

住 所	(〒 - )
(ふりがな) 氏 名	
生年月日	昭和 年 月 日 (満 歳)
電話番号	
Fax 番号	
E-mail	
乳がん検診 についての質問  (該当項目に○をつけて、 記入してください。)	乳がん検診を 1. 受けたことがない 2. 受けたことがある  ・ 何年前に受けましたか？ _____ 年前 ・ どこで受けましたか？ 施設名 _____
受診希望センター (希望するセンターに ○をつけてください。)	・ 札幌がん検診センター (札幌市東区北 26 条東 14 丁目 1-15) ・ 旭川がん検診センター (旭川市末広東 2 条 6 丁目 6-10) ・ 釧路がん検診センター (釧路市愛国東 2 丁目 3-1)

〒065-0026 札幌市東区北 26 条東 14 丁目 1-15

公益財団法人北海道対がん協会 経営管理部企画課

「リボンの願い」係宛

FAX (011) 748-5512

E-mail : [sapporo.fukyu@hokkaido-taigan.jp](mailto:sapporo.fukyu@hokkaido-taigan.jp)