

お問合せ先



(財)島根難病研究所

ヘルスサイエンスセンター島根

検査課

大腸がん検診係

TEL 0853-20-0368

FAX 0853-20-0805



配達地域指定ゆうメール

出雲市大腸がん検診ご案内

郵便はがき

693-0021

50円切手を
貼ってください

出雲市塩冶町 223-7

財団法人 島根難病研究所

大腸がん検診係 行



出雲市の委託により大腸がん検診を実施します。
大腸がんは自覚症状がないため、早期発見が大切です。
ぜひこの機会を利用してお申し込みください。



対象者

40歳以上

*昭和47年4月1日以前生まれの出雲市民の方。

お申し込み方法

ハガキまたはFAXでお申し込みください。

*ハガキの場合は50円切手を貼ってください。



(財)島根難病研究所

ヘルスサイエンスセンター島根

こちらから
開封して
ください

大腸がん検診のご案内

検診の流れ

1 右記のハガキにてお申し込みください

*FAXでも受け付けます。

大腸がん検診申し込みハガキ
大腸がん検診を申し込みますので、検査容器を送付してください。

〒 693-0021 出雲市
塩治町223-7
0853-(20)-0368

フリガナ アンタン タロウ
氏名 難研 太郎 男・女
生年月日 (明・大・昭) 20年 1月 1日 (65才)

フリガナ アンタン ハナコ
氏名 難研 花子 女
生年月日 (明・大・昭) 21年 12月 31日 (63才)



2 お申し込み後、検査容器が送られてくる

(順次発送予定)



※容器を受け取ったら、同封の払込用紙にて300円のお支払いをお願いします。(キャンセルの場合も同様です。)



3 検体を返信用封筒にて郵送する

(平成24年2月末必着)

*便は2回分採取です。



4 1ヵ月以内に検査結果が郵送で通知される

*入金確認後、お送りします。

検査自己負担金

300円

自己負担金の他に振込用紙1枚につき**100円**の振込手数料がかかります。

〈例〉2人でお申し込みの場合
600円(自己負担金)+100円(振込手数料)

お支払い方法

容器に同封する振込用紙にてお近くの郵便局またはコンビニでお支払いください。(※キャンセルの場合も同様です。)

お申し込み期限 平成24年**1月31日(火)**必着

(平成23年度)

大腸がん検診申し込みハガキ

大腸がん検診を申し込みますので、検査容器を送付してください。

住所 - 出雲市

電話 0853-() -

フリガナ _____
氏名 _____ 男・女
生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (才)

フリガナ _____
氏名 _____ 男・女
生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (才)

フリガナ _____
氏名 _____ 男・女
生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (才)

フリガナ _____
氏名 _____ 男・女
生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (才)

お送り頂いた個人情報は、大腸がん検診に関わる以外には使用いたしません。



財団法人 島根難病研究所 TEL 0853-20-0368
SHIMANE INSTITUTE OF HEALTH SCIENCE FAX 0853-20-0805

検査課直通