

郵送検診 FAX申込書

必要事項を記入し、

075-211-7400

メスプ細胞検査研究所までFAX送信してください。

(お間違いのないよう番号をご確認ください。)

年 月 日

「子宮頸がん検診のご案内」に記載しています
申込期間内にFAX送信してください。

被保険者証記号

番号

被保険者 氏名

受診者氏名	住所および電話番号	続柄	生年月日・年齢	希望の項目に○をつけてください
フガナ	〒	本人 家族	西暦 年 月 日 ()歳	①子宮頸がん ②HPV ③子宮頸がん・ HPV同時
	日中連絡先() -			

(注) 郵便番号、住所、氏名などは正しくはっきり書いてください。

★当健康保険組合は本検診をメスプ細胞検査研究所に委託しております。

★個人情報の取扱いに同意の上、お申込みください。

兵庫トヨタ自動車健康保険組合