

令和 年 月 日

泉佐野市長様

<申請者>

住 所

氏 名

生年月日

電話番号

がん検診証明書の発行について（依頼）

この度、大阪がん循環器病予防センターにてがん検診を受診するにあたり受診歴及び受診の可否の証明書が必要となった為、発行を依頼いたします。

対象者 :

生年月日 : 年 月 日

住所地 : 泉佐野市

希望検診に○をつけてください。

肺がん検診 ・ 胃がん検診 ・ 大腸がん検診 ・ 乳がん検診 ・ 子宮がん検診