

経堂地区町会連合会

経堂地区（経堂・宮坂・桜丘）在住の区民の方です。》

***生活保護受給者等の方の自己負担はありません。**

[illegible]

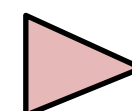
令和7年度 胃がん(エックス線)・大腸がん検診の申込方法

受診を希望される方は、表面に記載の検診会場・検診日から、
ご都合の良い日程を選んで

「**せたがやコール**」へ **電話** 又は **FAX** でお申込みください。

オンライン申請は

右記の『**二次元コード**』からお申込みください。



申込受付期間 **11月25日(火) ~ 令和8年 1月6日(火)**

電 話 03-**5432-3333** [午前8時 ~ 午後9時]

FAX 03-**5432-3100** [24時間受付]

電話でお申込みの際には、

① 名前 ② 性別 ③ 生年月日 ④ 住所 ⑤ 電話番号

⑥ 希望の検診名 ⑦ 胃がん検診は希望日 ⑧ 検診会場

以上の**8項目**をお伝えください。

FAXでお申込みの場合も送信文に

上記の ①(フリガナ) ~ ⑧ を明記してください。

お申込みは、ハガキ等 郵送でも受け付けています。

上記の ①(フリガナ) ~ ⑧ を明記してください。

◎お問合せ
・郵送先

(公財) 世田谷区保健センター 管理課

〒156-0043 世田谷区松原6-37-10 ☎03-6265-7413