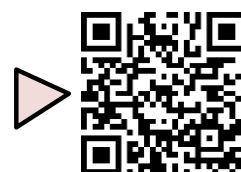


令和8年度 胃がん(エックス線)・大腸がん検診の申込方法

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 **4月25日(土) ~ 6月10日(水)**

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

公益財団法人 世田谷区保健センター 管理課 事業係

〒156-0043 世田谷区松原6-37-10

☎03-6265-7413