

マンモグラフィー検査 申込書

FAX 0896-59-5951

ご記入の上、上記 FAX 番号へ送信ください。

お申し込み締め切り 9/30 (日) まで

定員は抽選で決定させていただきます。抽選結果は後日ご連絡いたします。

| | |
|--|--|
| お申し込み対象者 40～65歳以下の女性（妊娠中・授乳中でないこと）に限ります。 | |
| 氏 名 | (フリガナ) |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 |
| 住 所 | 〒 — |
| TEL | 自宅 |
| | 携帯 |
| FAX | |
| E-mail | @ |

WEB サイトからもお申し込みできます。

hito-medical.jp/

お申し込みは 40～65 歳以下の女性（妊娠中・授乳中でないこと）に限ります。



PC でお申し込みの方

①まずは、上記サイトへアクセス！→②トップページの「各種ご相談・お問い合わせ」→③「ご意見・お問い合わせ」→④「ご意見・お問い合わせに関するメールフォーム」から必須項目を記入の上、お問い合わせ内容に“10月28日マンモ検査希望”と記入して送信ください。



スマートフォンでお申し込みの方

①まずは、上記サイトへアクセス！→②「menu」→③「各種ご相談・お問い合わせ」→④「ご意見・お問い合わせ」→⑤「ご意見・お問い合わせに関するメールフォーム」から必須項目を記入の上、お問い合わせ内容に“10月28日マンモ検査希望”と記入して送信ください。

お申し込みメールフォームは直接こちらから