

令和6年度(2024年度)
骨密度検診申込書

宛名

〒198-0042
東京都青梅市東青梅1丁目174番地の1
青梅市健康センター
骨密度検診担当 行

骨密度検診申込書

※受診希望日順に①②を空欄に記入してください

6月24日(月曜日)	7月28日(日曜日)	7月31日(水曜日)
8月3日(土曜日)	8月5日(月曜日)	どの日でも可

ふりがな
名前: _____

住所: 青梅市 _____

生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号: _____ () _____
※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください

同日受診希望者がいる場合、以下に氏名を記入してください
★希望する相手も申請が必要です。(双方が指名をして成立します。)
相手の氏名

※申込状況によって、希望に添えない場合がございます。
※検診日をお知らせする受診券は、6月23日頃までに送付予定。

※点線で切り取り、ハガキに貼ってご利用ください。

記載例 および 注意事項

骨密度検診申込書

※受診希望日順に①②を空欄に記入してください

6月24日(月曜日)	7月28日(日曜日)	7月31日(水曜日)
	①	
8月3日(土曜日)	8月5日(月曜日)	どの日でも可
②		

ふりがな
名前: _____

住所: 青梅市 _____

生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

電話番号 _____ () _____
※日中連絡の取れる電話番号をご記入ください

※同日受診希望者がいる場合、以下に氏名を記入してください
★希望する相手も申請が必要です。(双方が指名をして成立します)
相手の氏名

※申込状況によって、希望に添えない場合がございます。
※検診日をお知らせする受診券は、6月24日頃までに送付予定。

希望日は最大2日まで
選べます。

どの日でも受診できる場
合は、右下の「どの日でも
受診可」にマルを付けてく

ここに、受診者の
お名前を書いてください。

他の受診者と同日に受診
を希望する場合は、
その方自身(青梅花子)も
このハガキとは別に申し
込みが必要です。



A子さん

受診者
青梅 A子
~
同日受診希望者
青梅 花子



花子さん

受診者
青梅 花子
~
同日受診希望者
青梅 A子

A子さん、花子さんが
同日に受診したい場
合、互いの名前を書
いていただき、どちら
もお申し込みをし
てください。