

主催：(公社) 東京都港区 麻布赤坂歯科医師会・(公社) 東京都港区 芝歯科医師会
共催：港区
後援：NPO法人 口腔がん早期発見システム全国ネットワーク

無料口腔がん検診

港区の歯科医師会主催で**口腔がん検診**を実施致します。

口の中にも**がん**はできます！**早期発見**が大切な病気の一つです。
どなたでも受診できるこの機会にあなたも検診を受けませんか？

- 日 時：平成30年 11月11日 (日) 正午～午後4時
- 会 場：みなと保健所 8階 講堂 港区三田1-4-10
- 費 用：無料 ※検診時間は20分程度で痛みはありません。
- 定 員：100名 ※抽選となる場合がございます。

● 申込方法：裏面の申込用紙に必要事項を記入してFAXまたは
電話にてお申し込み下さい※みなと保健所では対応しません

- 申込先：(公社) 東京都港区麻布赤坂歯科医師会
☎03-3403-1403 (受付 10時～16時)

- ・ 申込期間：10月15日 (月) ～10月22日 (月)
- ・ 歯科医師会より受診票とご案内を郵送させていただきます。
- ・ 予約時間にお越し頂き、受付へ受診票をお持ち下さい。



詳しくは両歯科医師会ホームページをご覧ください
下記へお気軽にお問い合わせ下さい。



この広告は以下の公益社団法人が発行しています

(公社) 東京都港区麻布赤坂歯科医師会 港区南青山1-15-2越山ビル4F ☎3403-1403 www.aada.jp

(公社) 東京都港区芝歯科医師会 港区浜松町2-1-11芝FTビル2F ☎3431-7716 www.shibashikaishikai.or.jp



検診申込用紙

港区麻布赤坂歯科医師会 宛 [FAX] 03-3403-1401

(公社) 東京都港区麻布赤坂歯科医師会・(公社) 東京都港区芝歯科医師会 主催

口腔がん検診

無料口腔がん検診の受診をご希望の方は、本申込書にご記入の上
港区麻布赤坂歯科医師会へFAXまたは下記電話にて申込願います。
※複数名お申込の場合はこの用紙をコピーしてご使用下さい。

○ 住所 〒 _____

○ 氏名 _____

○ 連絡先電話番号 _____

○ 年齢 _____ 才

○ 性別 男性・女性 _____

○ 気になる症状がありましたら記入してください (簡潔に)

電話でのお申込・お問い合わせは港区麻布赤坂歯科医師会まで
☎03-3403-1403 (受付時間午前10時から午後4時)

※検診のご案内等はご自宅へ郵送致します。(抽選となる場合がございますのでご了承下さい)

※個人情報本検診のみに利用させて頂き、それ以外の目的での利用は致しません。